Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Universität Marburg / Direktor: Prof. Dr. med. A. Förster

Der Arzt in der Sozialversicherung

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES
IN DER GESAMTEN MEDIZIN
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER PHILIPPS-UNIVERSITÄT MARBURG

vorgelegt von

HERMANN BUSENBENDER
aus Euskirchen

Marburg (Lahn) 1940
Buchdruckerei Hermann Bauer

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg am 6. 2. 1940.

Referent: Prof. Dr. Förster

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

I. Die geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung.

a) Das Werden der Sozialversicherung unter Bismarck.

Ein kurzer, geschichtlicher Rückblick auf die Sozialversicherung zeigt, daß sie ein ausgesprochen deutsches Werk darstellt (26). Bei dem starken Familiensinn der Germanen war es eine selbstverständliche sittliche Pflicht, daß der Familie oder der Sippe die Fürsorge für kranke und sieche Mitglieder zufiel. Diese einfachste Form der gesundheitlichen Betreuung und der sozialen Hilfe blieb auch zunächst noch nach der Intensivierung der Wirtschaft und ihrem Uebergang von der Eigen- zur Tausch- und Geldwirtschaft erhalten. Der soziale Pflichtenkreis der Familie erstreckte sich über die Familienmitglieder hinaus auch auf fremde Arbeitskräfte. Das patriarchalische Prinzip als Beginn einer späteren organisierten Sozialhilfe kennzeichnet das Altertum und das frühe Mittelalter (Scherler). Schon zu dieser Zeit setzten Bestrebungen ein — vor allem bei den Arbeitergruppen, deren Tätigkeit besonders gefährdet war (Bergbau) — durch Selbsthilfeeinrichtung Luft zu schaffen (9). Später entstanden dann in den handwerklichen Betrieben die sogenannten Gesellenladen (21).

Dieses konnte aber nicht ausreichen, da der Zwang fehlte und nur diejenigen beitraten, bei denen die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen groß war, während die günstigeren Risiken fernblieben (19). So wertvoll die Selbsthilfe des Einzelnen oder bestimmter Gemeinschaften ist, die auch heute noch als ergänzende Maßnahme nicht entbehrt werden kann, einen ausreichenden Schutz der Arbeitskraft konnte sie nicht bieten. Die Auswirkungen der wirtschaftlichen Entwicklung durfte nicht ausschließlich dem mehr- oder minderentwickelten Selbsthilfewillen des Einzelnen überlassen werden.

Hunderttausende und Millionen von Menschen strömten seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts in die Städte und Industriebezirke. Die technische Entwicklung vergrößerte die Krankheit bezw. Unfallwahrscheinlichkeit und brachte einen stärkeren Verbrauch der Körperkräfte durch erhöhtes Arbeitstempo. Freizügigkeit und Geld lockerten die Familienbande. Gegenüber der durch die Industrialisierung entstehenden sozialen Not gab es zwar noch ein Mittel: die Armenfürsorge (19). Sie hatte für wirtschaftlich primitive Zeiten ausgereicht, mußte aber den Erscheinungen einer neuen Zeit gegenüber versagen. Die Arbeiter schlossen sich selbst in Hilfsvereinigungen oder im Rahmen der gewerkschaftlichen Bewegung zusammen — Einrichtungen, die aber unzureichend waren.

Als das junge deutsche Reich, geeint in mehreren mit Erfolg geführten Kriegen und wirtschaftlich erstarkt in dem Gefühl enger Zusammengehörigkeit sich anschickte, eigene Wege auf dem Gebiete der nur wenig beschrittenen Sozialversicherung zu gehen, horchte die ganze Welt auf. Es war allerdings eine Tat von geschichtlichem Ausmaß, als der deutsche Arbeiter in den Mittelpunkt der Gesetzgebung gezogen wurde, wie man dies bisher nicht gekannt hatte (4). Alle diese Maßnahmen wurden in einer besonderen Form einer kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, die das Bismarck'sche Sozialversicherungswerk einleitete, angekündigt. Man erkannte, daß hier etwas ganz Besonderes im Gange war, zumal die Erfüllung in Kürze vor sich ging. Das neuerstandene deutsche Reich selbst war es, das im Zuge der Gesetzgebung diesen Gedankengängen zum Durchbruch verhalf. Die Tatsache, daß der deutsche Arbeiter durch eine bewußt soziale Gesetzgebung des neuen Reiches einen Schutz erhalten sollte und erhielt, gab der deutschen Wirtschaft für Binnenmarkt und Außenhandel einen gewaltigen Aufschwung. Dieser Aufschwung im Welthandel konnte nicht einmal durch mehr- oder minderfreundliche, ausländische Gesetze gehemmt werden, die eine Kennzeichnung deutscher Waren verlangten, um sie beim eigenen Käufer in Verruf zu bringen (4).

Diese reichsrechtliche Sozialversicherungsgesetzgebung wurde, wie bereits erwähnt, in Deutschland durch Wilhelm I. und Kanzler Bismarck mit der kaiserlichen Botschaft eingeleitet. Nach den Richtlinien dieser neuen bedeutsamen Botschaft sollten durch positive Förderung des Wollens der Arbeiter soziale Schäden geheilt und der innere Frieden verbürgt werden, den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Einräumung eines Beistandes im Falle von Krankheit, Betriebsunfall, Alter und Invalidität gegeben und hierfür staatlichen Schutz und staatliche Förderung gewährt werden. Die Verwirklichung dieser Zielsetzung erfolgte durch die in den folgenden Jahren erlassenen Gesetze über Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung, wodurch der staatliche Versicherungszwang eingeführt und den Arbeitern ein Anspruch auf die Leistungen der Versicherungsträger gegeben wurde.

Der Zweck der Sozialversicherung war der, dem deutschen Arbeiter bei Entwicklung verhältnismäßig geringer Beiträge Leistungen zu gewähren, die ihn und die Seinen gegen Krankheit, Unfall und Invalidität schützen sollten, nicht zuletzt im Wege der Vorbeugung. Daß manche Leistungen natürlich nur in einem Umfange geschehen konnten, die gerade die Existenz der Versicherung gewährleistete, war bei der Ausdehnung dieser Maßnahmen, angesichts der Höhe der Beiträge und der Tatsache, daß die Versicherung eben erst zu laufen begonnen hatte, nur erklärlich. Alle diese Maßnahmen hatten sehr viel Gutes getan. Ohne sie wäre der wirtschaftliche Aufschwung und das Erstarken unseres Vaterlandes vor dem Kriege auf allen anderen Gebieten undenkbar gewesen. Eine Besonderheit,

die immer wieder hervorgehoben werden muß, lag in folgendem begründet. Bekam der Arbeiter bisher vielfach auch schon Leistungen, die ihn gegen die genannten Wechselfälle des Lebens schützen sollen, so war dies einmal nicht im Wege der Reichsgesetzgebung sichergestellt, und zum anderen wurden ja vielfach nicht Rechtsansprüche gewährt, sondern die Leistungen waren dem Ermessen der sie gewährenden Stelle überlassen. Die Besonderheit der neuen Gesetzgebung lag darin, daß der Versicherte ein Recht, einen Anspruch auf die Leistung erhielt und damit aus dem Gedankenkreise eines Unterstützungsempfängers in die Stellung eines Forderungsberechtigten eingerückt war.

Somit kann man mit Stolz feststellen, daß Deutschland mit der Sozialversicherungs-Gesetzgebung an die Spitze der Nationen die praktische Nutzanwendung aus der Erkenntnis der hohen staatspolitischen Bedeutung der Sicherung und Förderung des Wohles der Arbeiter zog.

In rascher Reihenfolge erschienen die einzelnen Gesetze, die die in der kaiserlichen Botschaft angekündigten Maßnahmen in die Tat umsetzten. Vorläufer der Sozialversicherungsgesetze waren das Hilfskassengesetz vom 7. April 1870 und das Reichshaftpflichtgesetz, das den Unternehmern bestimmter Betriebe für die in diesen vorkommenden Unfällen eine selbständige Verantwortung auferlegte. Die Hilfskassen spielten nur eine unbedeutende Rolle. Sie wurden durch ein Gesetz vom 20. September 1911 wieder aufgehoben.

Die wichtigsten Gesetze, die das Bismarck'sche Werk schuf, sind als folgende zu nennen: das Krankenversicherunggesetz vom 15. Juni 1883, das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und schließlich das Gesetz betr. die Invalidität und Altersversicherung vom 22. Juni 1889. Diese Gesetze wurden 1911 zusammengefaßt in der Reichsversicherungsordnung (19. Juli 1911), die auch die Hinterbliebenenversicherung in Verbindung mit der Invalidenversicherung einführte und ein einheitliches Verfahren von besonderen Versicherungsbehörden regelte. Um dieselbe Zeit entstand (20. Dezember 1911) das Versicherungsgesetz für Angestellte. Am 23. Juni 1923 erfolgte die reichsgesetzliche Regelung für die Knappschaftsversicherung in dem Reichsknappschaftsgesetz, das am 1. Juli 1926 neu bekanntgegeben wurde. Schließlich wurde am 16. Juli 1927 das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung verkündet. Wiederholt wurden die einzelnen Gesetze neu gestaltet.

Wie auf allen anderen Gebieten brachte das Zwischenreich nach der November-Revolution 1918 auch für die Sozialversicherung Zeiten des Niedergangs; der Ausbau der Sozialversicherung in dieser Zeit war weniger auf beträchtliche Förderung des Wohles der Arbeiter und der Volksgemeinschaft, als vielmehr darauf abgestellt, die Gunst der durch hochtönende Versprechungen irregeleiteten Arbeiter zu erhalten. Die Systemregierungen sahen in der Sozialversicherung weiter eine willkommene Möglichkeit, ihre Anhänger durch

Uebertragung fetter Abgaben zu belohnen. Die unsinnige Verschleuderung der Mittel durch Errichtung von Krankenkassenpalästen und die Unzahl der Korruptionsskandale sind noch in bester Erinnerung. Es konnte nicht ausbleiben, daß diese Entwicklung zum Mißbrauch der Sozialversicherung und schließlich verstärkt durch die schwere Wirtschaftskrise seit 1930, zu ihrer finanziellen Zerrüttung führte. Die Schrumpfung der deutschen Wirtschaft und die zunehmende Arbeitslosigkeit in den Jahren 1929—1932 führten dazu, daß die Träger der Sozialversicherung ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen konnten. Die Beiträge waren wesentlich zurückgegangen, die Renten dagegen von Jahr zu Jahr gestiegen, da der Zuwachs neuer Renten größer war als der Abgang durch den Tod (21). Reichspräsident von Hindenburg erließ auf Grund der Art. 48 eine Reihe von Ausnahmebestimmungen, um die finanziellen Schwierigkeiten der Sozialversicherung abzuschwächen. Diese Maßnahmen wie: Beitragserhöhungen und notverordnete Kürzungen der Leistungen vermochten die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger in keiner Weise mehr zu erhalten. So fand die nationalsozialistische Regierung bei der Machtübernahme die Invaliden- und Angestelltenversicherung vor dem finanziellen Zusammenbruch (19). Es überstiegen beispielsweise in der Invalidenversicherung in den Jahren 1931/1932 die Ausgaben um je rund 185 Millionen RM, also insgesamt 370 Millionen RM, die Einnahmen. Wahrlich, ein trostloses Erbe, das der Nationalsozialismus antreten mußte. Nach der Machtübernahme durch das Dritte Reich war es daher die vordringlichste und vornehmste Aufgabe der neuen Regierung, sofort einen großen Sanierungsplan auf allen Gebieten unseres sozialen Lebens in Angriff zu nehmen, wollte man nicht die Einrichtung der deutschen Sozialversicherung, die mit Familienangehörigen rd. $^2/_3$ der gesamten Einwohnerzahl Deutschlands erfaßt, zu Grunde gehen lassen. Dieser Notwendigkeit dienten 2 Gesetze:

1. das Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der Knappschaftsversicherung vom 7. Dezember 1933,
2. das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934.

Der Reichsarbeitsminister hatte durch diese Gesetze Vollmacht erhalten, die notwendigen Regelungen auf dem Verordnungswege sofort durchzuführen. Weitere Gesetze, Ausführungsbestimmungen und Verordnungen mit dem Ziele der Gesundung der Sozialversicherung wurden in der Folgezeit organisch fortentwickelt.

Die deutsche Sozialversicherung, einmal eingeführt, hat sich außerordentlich entfaltet (Engel). Die rege Anteilnahme weiter Kreise der Bevölkerung, die offenkundliche Fürsorge, die ihr die staatsmännische Weisheit eines Bismarcks stets zugewendet hat, haben sie zu einem Machtfaktor gemacht, der aus dem deutschen Leben nicht

weggedacht werden kann. Als im Jahre 1934 das 50jährige Bestehen des Reichsversicherungsamtes begangen wurde, wurde auch eine Aeußerung Bismarcks hervorgeholt, der bei der Begründung des Reichsversicherungsamtes dieses damals mit einem Zwerge verglichen hatte, der einst ein Riese werden würde. Dieser Vergleich erstreckt sich auch auf die Sozialversicherung. Hier sind die Beziehungen zu allen Kreisen unserer Bevölkerung, auch hier die segenspendenden Ausstrahlungen so verbreitert und die finanzielle Verästelung so zahlreich, daß die Sozialversicherung auf allen diesen Gebieten eine Bedeutung besonderer Art besitzt.

Zweck und Ziel der Sozialversicherung ist das: Schaden zu heilen teils durch Krankenbehandlung, teils durch vorbeugende Heilverfahren und allgemeine hygienische Fürsorgemaßnahmen, außerdem aber durch bare Entschädigungsleistungen als Renten. Weiterhin ist es Aufgabe der Sozialversicherung für den Versicherten einzutreten und ihn und die Seinen in die schützende Hand einer vom Reiche diktierten sozialen Betreuung zu stellen. Die Sozialversicherung ist es gewesen, die in klarer Erkenntnis der ärztlichen Kunst die Mittel zur Verfügung gestellt hat, um zu Fortschritten zu gelangen zum Wohle des Versicherten und damit eines ganzen Volkes. Sind es doch gerade die Träger der Sozialversicherungszweige, die fortschrittlichen neuesten Errungenschaften willig eine Unterstützung gewähren; gerade diese Versicherungsträger, vielfach auch Träger medizinischer Forschung, haben den Ruf ärztlicher Wissenschaft weit über die Grenzen unseres Reiches hinausgetragen.

So ist die Sozialversicherung eine Einrichtung staatlicher Fürsorge geworden, für die besondere Rechtsformen ausgebildet worden sind, um den gemeinten Empfängern einen sicheren Anspruch auf ausreichende Leistungen zu gewähren und die Einrichtung auf eine geordnete, den Erfahrungen der privaten Versicherung nachgebildete finanzwirtschaftliche Grundlage zu stellen. In dieser Form hat sich die Einrichtung in Deutschland in mehr als 50 Jahren bewährt, und sie hat fast in der ganzen Kulturwelt Nachahmung gefunden. Der darin verwirklichte Grundsatz öffentlicher Zwangsversicherung in organisatorisch selbständischer Gestalt ist die beste Lösung der sozialen politischen Aufgabe einer wirksamen und würdigen Vorsorge für die schwächeren, insbesondere die arbeitenden Glieder des Volkes (Richter).

b) Die Umgestaltung der Sozialversicherung im nationalsozialistichen Sinne nach 1933.

Jahrzehntelang und in den Nachkriegsjahren besonders heftig ist über die organisatorische Gestaltung der Sozialversicherung gestritten worden. Fürsorge, Einheitskasse oder Gliederung waren die hauptsächlichsten Streitfragen. Der Kampf der Meinungen ist

durch das „Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934“ nunmehr entschieden. Mit der Parlamentsspielerei einer vergangenen Zeit wäre die Lösung unmöglich gewesen (Wischer). Erst der nationalsozialistische Staat hat auch hier ganze Arbeit geleistet.

Für und Wider der verschiedenen Reformvorschläge waren zwar in der Vergangenheit bereits ausreichend erörtert worden, was die umfangreiche Literatur auf diesem Gebiete beweist. Anfang 1934 hat der Reichsarbeitsminister in einem Kreise von Fachkennern der Wissenschaft, der nationalsozialistischen Bewegung und der deutschen Arbeitsfront noch einmal alle Probleme erörtert, nachdem die vordringlichste Aufgabe, die Wiederherstellung der finanziellen Grundlage der Sozialversicherung durch das Sanierungsgesetz vom 7. Dezember 1933 gelöst war. Man war sich darüber klar, daß die beiläufige Vielgestaltigkeit der Sozialversicherung mancherlei Nachteile mit sich gebracht hatte, die aber durch das neue Aufbaugesetz aufgeräumt wurden. Die Gefahr des Neben- und Gegeneinander wegen der Vielzahl der Versicherungsträger wird dadurch gebannt, daß unter einer straffen Aufsicht diejenigen Aufgaben zusammengefaßt werden, die nicht von jedem Versicherungsträger für sich, sondern von allen Versicherungsträgern geleistet werden. Im einzelnen bleiben die verschiedenen Versicherungsträger (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs-, Ersatz-Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die Reichsknappschaft und die Reichsbahnversicherungsanstalt).

Kernpunkt des Aufbaugesetzes ist die Zusammenfassung gemeinschaftlicher Aufgaben der Krankenversicherung, namentlich auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik, für den Bereich einer Provinz oder eines Landes und Verbindung dieser zusammengefaßten Krankenversicherung mit der für denselben Bezirk bestehenden Landesversicherungsanstalt der Invalidenversicherung. Diese bedient sich der Krankenkassen zur Durchführung der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung. Die Ersatzkassen der Krankenversicherung sind der Aufsicht der Sozialversicherung unterstellt, d. h. soweit es sich um Ersatzkassen der Angestellten handelt, dem Leiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, soweit Ersatzkassen der Arbeiter in Frage kommen, dem zuständigen Versicherungsamt. Die Ersatzkassen der Angestelltenversicherung, deren bedeutendste der Beamtenversicherungsverein des Bank- und Bankiergewerbes war, sind mit dem 31. Dezember 1935 beseitigt worden.

Der ständige Streit darüber, daß einzelne Krankenkassen, vor allen Dingen Ersatzkrankenkassen, besonders günstige Risiken in sich vereinigen, sodaß die Allgemeinen Ortskrankenkassen zu sogenannten „Armeleute-Kassen“ herabgedrückt wurden, hat den Gesetzgeber veranlaßt, eine gewisse Gemeinlast vorzusehen. Sie soll

ungerechtfertigte Verschiedenheiten in der Höhe der Beiträge und Leistungen ausgleichen, die wirtschaftliche Selbstverantwortung der Krankheiten aber nicht in Frage stellen. Das Gesetz sieht eine Höchstgrenze für die Beisteuern zur Gemeinlast vor, die Zahlung der einzelnen Kasse darf einen Hundertsatz der Grundlohnsumme nicht übersteigen, den der Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichswirtschaftsminister und dem Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft festzusetzen hat. Es sei hervorgehoben, daß die Gemeinlast nur für die Krankenkassen, nicht aber für die übrigen Versicherungsträger, eingeführt worden ist (25, 7).

Für die Rücklagen der Krankenkassen gelten auch gemeinsame Vorschriften. Die Rücklagen werden künftighin nicht mehr von den einzelnen Kassen verwaltet. Die Verwaltung erfolgt vielmehr als Gemeinschaftsaufgabe durch die Landesversicherungsanstalt. Die gesamten Rücklagen der Kassen des betreffenden Bezirks als Sondervermögen der Krankenversicherung gehen in das Eigentum der Landesversicherungsanstalt über. Die Krankenkassen erhalten dafür Forderungen in Höhe der übertragenen Werte gegen die Landesversicherungsanstalt. Es hat sich ergeben, daß ein Betrag in Höhe von mindestens einer Monats-Ausgabe nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre ausreicht. Dieser Betrag soll jede Krankenkasse nach der Verordnung vom 30. November 1935 als Rücklagesoll haben. Ist der Rücklagesoll nicht vorhanden, also noch nicht angesammelt oder zum Teil verbraucht, so hat die Krankenkasse zur Auffüllung jährlich mindestens 1% des im Voranschlage vorgesehenen Beitragseinnahmesolls als „Auffüllungssoll" (7) abzuführen, soweit nicht der zuständige Träger der Gemeinschaftsaufgaben in besonderen Fällen eine Abweichung gestattet. Der Reichsarbeitsminister kann Höhe und Berechnungsart des Rücklage- und des Auffüllungssoll ändern. Die Beiträge werden im allgemeinen in Geld abgeführt.

Die Verwaltung der Rücklagen liegt in der Hand des Trägers der Gemeinschaftsaufgaben, es erfolgt nur buchmäßige Trennung, die Beiträge selbst fließen zusammen. Die einzelne Krankenkasse kann selbständig über ihren Anteil, also über die an den Träger der Gemeinschaftsaufgaben geleisteten Beiträge, nicht verfügen. Wohl kann im Bedarfsfalle die Krankenkasse auf ihre eigene Rücklage zurückgreifen und, wenn diese nicht ausreichen sollte, Darlehen bei der Landesversicherungsanstalt beantragen (Haedenkamp).

Die dem Geist des neuen Deutschlands widersprechenden Wahlvorschriften sowie die Vielheit der Organe bei den Versicherungsträgern sind beseitigt worden. Statt dessen ist das Führerprinzip verwirklicht, ohne daß jedoch der Grundsatz der Selbstverwaltung völlig preisgegeben wird. In allen Versicherungsträgern steht ein Leiter an der Spitze, dem ein Beirat mit grundsätzlich nur beratender Stellung zur Seite tritt. Das Gesetz besagt, daß jeder Träger der Sozialversicherung einen Leiter hat, daß dafür die bisherigen Organe der Versicherungsträger fortfallen und daß die Leiter die

Aufgaben und Befugnisse dieser Organe übernehmen. Die Leiter können entweder Beamte oder Angestellte, sie können auch ehrenamtliche Personen sein. Die Leiter müssen die Gewähr dafür bieten, daß sie jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintreten, sie müssen das 27. Lebensjahr vollendet haben und arischer Abstammung sein (7).

Aus ethischen und wirtschaftlichen Gründen ist an der bisherigen Regelung der gemeinsamen Aufbringung der Mittel von Betriebsführer und Versicherten festgehalten worden. Bedeutungsvoll ist aber die Neuregelung, daß die Beiträge von den beiden Gruppen in Zukunft je zur Hälfte zu tragen sind. Ausgenommen hiervon bleibt nur die Unfallversicherung. So hatten in der Krankenversicherung die Versicherten 2/3 und die Arbeitgeber 1/3, in der knappschaftlichen Versicherung und bei der Seekrankenkasse die Versicherten 3/5 und Angestelltenversicherung die Versicherten und die Unternehmer je die Hälfte der Beiträge zu leisten. In der Unfallversicherung verbleibt es bei dem bisherigen Recht, daß die Beiträge allein von den Unternehmern gezahlt werden.

Das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung ist ein Rahmengesetz. Es sind darin nur die wichtigsten Ziele der Reform kurz angegeben. (Haedenkamp sagt): Die Zersplitterung und Unübersichtlichkeit in der Sozialversicherung sollen beseitigt, und es soll durch einheitliche Zusammenfassung die Leistungsfähigkeit ihrer Träger gestärkt werden.

Durch 16 Ausführungsverordnungen ist der größte Teil des Gesetzes bisher schon in Kraft gesetzt worden. Ziel ist eine rationelle, klare und übersichtliche Gestaltung der Sozialversicherung, die sich im Laufe der Zeit auf den Gesamthaushalt auswirken muß. Vor allen Dingen wird die straffe Zusammenfassung auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik allmählich zu Ersparnissen bei den Sachleistungen führen und dadurch auf die Dauer die Beanspruchung der sozialen Versicherung einschränken (25).

Ein Ueberblick über die gegenwärtige Organisation der Sozialversicherung zeigt folgendes:

Heute gibt es 6 Versicherungszweige in der deutschen Sozialvercherung mit rund 6000 Versicherungsträgern:

1. die Krankenversicherung,
2. die Unfallversicherung,
3. die Invalidenversicherung,
4. die Angestelltenversicherung,
5. die Knappschaftsversicherung,
6. die Arbeitslosenversicherung.

Die Träger der Krankenversicherung sind die Krankenkassen; die der Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften; die der Invalidenversicherung die Landesversicherungsanstalten; die der Angestelltenversicherung die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

in Berlin; die Träger der Knappschaftsversicherung die Knappschaften; die Träger der Arbeitslosenversicherung die Reichsanstalt für die Arbeitslosenversicherung (14). Diese Versicherungsträger sind Körperschaften öffentlichen Rechts, d. h. sie haben die Stellung einer staatlichen Behörde, sind aber im gewissen Grade, namentlich in ihrer Finanzgebarung, vom Staate unabhängig, sie werden lediglich von ihm beaufsichtigt. Das Vermögen der Versicherungsträger entsteht durch die Beitragszahlungen. Wie bereits erwähnt, werden die Beiträge gemeinsam vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber, in der Unfallversicherung aber nur vom Arbeitgeber, getragen.

In der deutschen Sozialversicherung gilt das sogenannte Territorialitätsprinzip (25). Hiernach erstreckt sich der Versicherungsschutz grundsätzlich nur auf das Reichsgebiet, wozu auch die amtlichen Vertretungen des Reiches im Ausland rechnen. Wer das Gebiet des deutschen Reiches verläßt, auch wenn er bei der ausländischen Vertretung einer deutschen Firma tätig ist, muß sich also zur Vermeidung von Anwartschaftsverlust ggf. freiwillig weiter versichern. Nur wenn es sich bei der Tätigkeit im Auslande für eine deutsche Firma um eine gelegentliche oder geringfügige Ausdehnung der inländischen Betriebsfähigkeit im Ausland handelt, bleibt die Versicherungspflicht weiter bestehen.

Das Recht der Sozialversicherung ist in 4 Gesetzen geregelt:

1. Die Reichsversicherungsordnung, die die Kranken- und Unfallversicherung für Arbeiter und Angestellte, sowie die Invalidenversicherung für Arbeiter regelt.
2. Das Angestelltenversicherungsgesetz, das die Berufsunfähigkeit und Altersversicherung der Angestellten enthält.
3. Das Reichsknappschaftsgesetz mit der Regelung der Kranken- und Pensionsversicherung für die Bergbauarbeiter und -angestellten, sowie der Invalidenversicherung für die Bergarbeiter.
4. Das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, das sowohl für Arbeiter und für Angestellte Gültigkeit hat.

Die gesamte Sozialversicherung, namentlich auch die Gesetzgebung, untersteht dem Reichsarbeitsministerium. Oberste Aufsichtsbehörde und Entscheidungsbehörde ist das Reichsversicherungsamt. Die Aufsichtsbefugnisse über die Versicherungsträger der Krankenversicherung üben die Versicherungsämter aus, über die Ersatzkassen der Angestellten aber der Leiter der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Die übrigen Versicherungsträger (Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten, Seekasse, Reichsversicherungsanstallt für Angestellte, die Reichsknappschaft) unterstehen der Aufsicht des Reichsversicherungsamtes.

Mittlere Aufsichts- und Entscheidungsinstanz sind die Oberversicherungsämter; sie sind den mittleren Verwaltungsbehörden an-

gegliedert, also den Preußischen Regierungen, den Bayerischen Kreisregierungen und den Ministerien des Innern der kleinen Länder.

Aufsichtsbehörde untere Instanz ist das Versicherungsamt, das dem unteren Verwaltungsbezirk, also den größeren Städten, den Preuß. Kreisen, den Bayerischen Bezirken angegliedert ist. Das Versicherungsamt ist lediglich Aufsichtsbehörde; richterliche Entscheidungen stehen ihm nicht zu.

Die Versicherungsämter, Oberversicherungsämter, das Reichsversicherungsamt als Behörden der Sozialversicherung haben aber nicht nur Aufsichts-, sondern auch rechtssprechende Funktionen. Bei den Versicherungsämtern werden Spruch- und Beschlußausschüsse, bei den Oberversicherungsämtern Spruch- und Beschlußkammern und bei dem Reichsversicherungsamt Spruch- und Beschlußsenate gebildet. Die Spruchkammern sind mit 3 Richtern besetzt. Vorsitzender ist ein Verwaltungsbeamter, der Jurist ist, ein Beisitzer wird aus dem Kreise der Arbeitgeber, der andere Beisitzer aus dem Kreise der Arbeitnehmer berufen. Das Spruchverfahren gilt für die Feststellung der Leistungen. Es unterscheidet sich vom Beschlußverfahren im wesentlichen durch die Besetzung der Spruchinstanzen und ferner durch abweichende Vorschriften über die mündliche Verhandlung. Das Beschlußverfahren findet in allen den Fällen Anwendung, wo es sich um die Feststellung von Leistungen handelt. Hauptsächlich kommen hier Beitragsstreitigkeiten und Streitigkeiten über die Versicherungspflicht in Betracht. Zur Vertretung gegenüber von Versicherungsträgern und Versicherungsbehörden sind außer Rechtsanwälten, nahen Angehörigen, Betriebsführern nur die Leiter und Angestellten der von der Deutschen Arbeitsfront eingerichteten Rechtsberatungsstellen berechtigt (25). Diese Beratungsstellen gewähren den Mitgliedern der Deutschen Arbeitsfront auch auf dem Gebiete der sozialen Versicherung kostenlos Rechtsschutz.

II. Das Arztrecht in der Sozialversicherung.

Wie die deutsche Sozialversicherung von kleinen Anfängen aus in dauernder Entwicklung und in Zeiten wirtschaftlicher Konjunktur und Depression, wie auch in Zeiten wirtschaftlicher Katastrophen auf die verschiedensten Verhältnisse sich hat umstellen müssen und wie sie aus diesen Schwierigkeiten heraus gestaltet wurde und sich allmählich zu einem Gebilde entwickelt hat, das alle Verhältnisse zu meistern versteht, so hat auch der Arzt in der deutschen Sozialversicherung eine wechselnde Stellung gehabt und es hat der Ueberwindung vieler Schwierigkeiten, aber auch vieler Kämpfe bedurft, bis die Stellung des Arztes bei seiner Mitarbeit an diesem gewaltigen Werke herausgearbeitet war. Der deutsche Arzt hat in der Arztfrage wohl jedes System in der deutschen Sozialversicherung einstmals selbst miterleben müssen. Die Regelung für das Arztrecht stellt das Ergebnis einer 50jährigen Entwicklung dar und zwar in einer

Sozialversicherung, wie sie in der ganzen Welt hinsichtlich Umfang und Leistungen und Bedeutung für ein Volk einzig dasteht (Grote).

Die wesentlichen Merkmale der Sozialversicherung beruhen in der Fürsorge des Staates für die Gesamtheit der Arbeiter bei Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter. Wir sehen den Einfluß der Sozialversicherung auf gesundheitlichem Gebiet, wie die Gewöhnung breiter Volkskreise an rechtzeitiges Aufsuchen des Arztes, die Durchführung hygienischer Gebote, Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Erkrankungen. Nicht Fürsorge als Almosen sind gewährt, sondern die staatliche Betreuung ist aufgebaut auf dem Erhaltungswillen und dem Verantwortungsgefühl der Beteiligten, der Arbeiter und Angestellten selbst. Es besteht nicht der Grundsatz, durch wirtschaftliche Unterstützungen zu helfen, sondern das zu gewähren, was unmittelbar erforderlich ist (6), so dem Kranken die Krankenpflege, dem Verletzten Behandlung und Berufsfürsorge.

Schon diese Hinweise genügen, daß der Arzt für die Sozialversicherung der wichtigste Helfer ist und in seinem Berufe gänzlich von ihr erfaßt wird. Diese unlösliche Verbundenheit des Arztes an die soziale Versicherung ergibt sich aus dem Wesen des Arztberufes und aus dem Wesen der sozialen Versicherung. Es muß eine freudige Verbundenheit sein, da dieses Verbundensein beide in gemeinsamer Arbeit und in ihren Zielen fördert. Wenn an diese Stelle ein Zwang eintritt, so müssen beide leiden. Diese Wirkungen der sozialen Versicherung werden gestärkt und gefördert durch eine sich voll in den Dienst der Aufgabe stellende starke Aerzteschaft.

Drei Gebiete sind es, auf denen der Arzt seinem Berufe nach tätiges Organ in der sozialen Versicherung sein muß (5, 6):

1. die Hilfe, die die Versicherung den Kranken gewährt, übt der Arzt durch seine Behandlung aus. Er erscheint den Kranken als der unmittelbare Helfer; von seiner Hilfe hängt es ab, wie das Wirken der Sozialversicherung verstanden und gewertet wird. In der Hand des Arztes liegt es, die seelische Haltung des Kranken zu beeinflussen, den Willen zur Gesundung zu wecken und damit das Ziel der Sozialversicherung zur Gesundung des Volkes zu vollenden.
2. Zahllose Leistungen der Versicherung, die auf eine Erhaltung des körperlich und wirtschaftlich Schwachen abzielen, sind abhängig von dem Urteil des Arztes. Hier wird der Arzt als Gutachter tätig und seine Stimme gibt in vieler Hinsicht den Ausschlag für die Wirkung der Versicherung. Das ärztliche Gutachten stellt im rechtlichen Sinne eine Urkunde dar. Der oberste Grundsatz für den Arzt in der Gutachttätigkeit muß der sein, strengste Objektivität und Unparteilichkeit. Das bezieht sich nicht allein auf die großen Gutachten, sondern auf jedes ärztliche Zeugnis, selbst auf den Krankenschein, und die vertrauensärztliche Tätigkeit. Die Gutachtertätigkeit spielt so

in der Sozialversicherung eine bedeutende Rolle, die ich wohl an einer anderen Stelle Gelegenheit habe klar herauszustellen.

3. Wie lange hat es gedauert, bis der Arzt als Ratgeber in die Leistung der Träger der Sozialversicherung Eingang finden konnte! Erst der nationalsozialistische Staat hat verwirklicht, was längst selbstverständlich sein sollte, nämlich, daß die große staatliche Einrichtung, die für die Gesundung des Volkes wirken soll, auch den Arzt als Ratgeber für ihre Maßnahmen bei sich Eingang finden läßt, der eben dazu berufen ist, der Gesundung und der Erhaltung der Gesundheit zu dienen. Der Beruf des Arztes ist Gesundheitsdienst am deutschen Volk und am einzelnen Menschen, und der natürlichste Schritt war daher der, daß der Arzt bei Umgestaltung der Träger der Sozialversicherung in die Beiräte Eingang fand und so die Möglichkeit bekam, sein Wissen und seine Erfahrung der Verwaltung der Versicherungseinrichtung und deren Maßnahmen nutzbar zu machen. Nach dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 soll der Arzt im Beirat nicht Vertreter der Angelegenheiten der Aerzte sein, sondern Wahrer der allgemeinen gesundheitlichen Belange des deutschen Volkes. Der Geist in der Systemzeit säte in jedem Mißtrauen und witterte in allem nur Interessenvertretungen. Klar ist, daß diese Einstellung Gegensätze herbeiführte, die mehr sich als die großen Ziele im Auge haben konnten. Erst der Nationalsozialismus hat uns den Glauben an die Ehrlichkeit in dem Willen des anderen wiedergegeben, daß jeder gewillt ist, sich für das große Ziel, helfend für die Gesamtheit zu wirken, hinzugeben. Sozialversicherungs- und Aerzteschaft sind Gemeinschaften, die gemeinsam in den Organismus des Staates zu gleichen Teilen einbezogen sind. Sie leisten Mitarbeit an den Aufgaben des Staates. Beide helfend, die eine von der finanziellen Seite aus, die andere in unmittelbarer Verbindung mit dem Kranken und es ist nicht zu leugnen, daß der Arzt z. B. in der Krankenversicherung die Seele dieses Helfertums ist. Hier können sich allerdings Gegensätze entwickeln und stets muß, wenn der Staat nicht eingreift, die Aerzteschaft und mit ihr das Wesen des Arzttums Not leiden, da nun einmal in der Welt nur der die größte Macht für die materielle Gestaltung entwickeln kann, der die Mittel in der Hand hat. Der Arzt kann dem gegenüber nur seine Stellung als Arzt, seine Berufung Helfer der Kranken zu sein, seine geistige Haltung und letzten Endes, wenn es zu weit getrieben ist, auch seine wirtschaftliche Notlage in die Wagschale werfen. Sollte er dieses letzte vorbringen, dann ist es meistens zu spät. Und wo man das Arzttum nebenher behandelt oder verkümmern läßt, dort werden alle anderen Maßnahmen gesundheitlicher, finanzieller oder sonstiger Art nichts mehr nützen.

Die Arztfrage hat in Deutschland lange Zeit keine Beachtung gefunden. Der Gesetzgeber sah von vornherein nicht die Notwendigkeit, dem Arzt in dem großen sozialen Werk der 80er Jahre eine Stellung zuzuweisen. Noch nicht einmal ein Satz: „Der Arzt hat bei der Durchführung der Sozialversicherung maßgebend mitzuwirken", findet sich weder dem Wortlaut noch dem Inhalt nach in dem Krankenversicherungsgesetz von 1883. Das Gesetz von 1883 beschäftigt sich mit dem Arzt überhaupt nicht. § 6 sprach zwar aus „als Krankenunterstützung ist zu gewähren 1) vom Beginn der Krankheit freie ärztliche Behandlung". Es war damit jedenfalls nach der damaligen Auffassung nicht klargestellt, daß ärztliche Behandlung nur von approbierten Aerzten zu leisten sei. Praktisch hatte das den Erfolg, daß in einigen sächsischen Gemeinden auch Nichtärzte zur Behandlung von Kassenmitgliedern auf Kosten der Kassen zugelassen wurden.

Im übrigen finden wir über die Beziehungen von Krankenkassen und Aerzten so gut wie nichts in diesem ersten Gesetz über die Krankenversicherung. Die Staatsgewalt überließ diese Regelung der Willkür und legte damit den Grund zu jahrzehntelangen Kämpfen, die ganz gewiß der Krankenversicherung keine Vorteile brachten. Die Folge war, daß diejenigen Aerzte Monopolstellungen einnahmen, die in der Unterbietung am weitesten gingen.

Auch durch einen weiteren Nachtrag zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 wurde diese Lage nicht gebessert, durch einen neueingeführten Paragraphen 6 a noch ungünstiger für die Aerzte gestaltet.

In Abs. I Ziffer 6 des § 6 a heißt es:

> „Die Gemeinden sind ermächtigt zu beschließen, daß die ärztliche Behandlung . . . . . nur durch bestimmte Aerzte zu gewähren ist und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte entstandenen Kosten, von dringensten Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann."

Diese Bestimmung führte dazu, daß nunmehr die Kassen allein über die Zahl und die Auswahl der bei ihr beschäftigten Aerzte entschieden. So bildete sich nicht nur in Deutschland, auch anderswo der Zustand heraus, daß an der Krankenversicherung nur ein kleiner Teil der Aerzte beteiligt war und zwar oft die, die in ihrer Praxis gescheitert waren oder die in Folge sittlicher Verfehlungen den Ort ihrer Tätigkeit verlassen mußten. Sie erhielten Gehalt, aber eine Bezahlung von Einzelfällen wurde abgelehnt. So wurde nicht nur über das Schicksal der Aerzte, sondern auch über das Schicksal des ärztlichen Berufsstandes entschieden, ohne Beteiligung der Aerzteschaft. Die Aerzte erkannten selbst früh genug, daß das Schicksal ihres Berufsstandes besiegelt war, wenn es nicht gelang, das freie Arzttum wieder herauszustellen. Diese Rechtsstellung des Arztes den Kassen gegenüber zwang 10 Jahre später die Aerzte zur Selbsthilfe zu greifen. Es ist ein Verdienst des Leipziger Arztes Dr. Hartmann, der in jener Zeit der Krisis die Aerzteschaft zum Hartmann-

bunde zusammenfaßte. Damit begann der Kampf um die freie Arztwahl in der Sozialversicherung. Er hatte die Eroberung der Stellung des Arztes zum Ziele, die dem ursprünglichen Wesen des ärztlichen Berufes entspricht. Weiterer 10 Jahre bedurfte es aber, bis das Gesetz vorlag, um dem Arzte eine Stellung in der Krankenversicherung zu verschaffen, das seinen Aufgaben besser als bisher entsprach. In dem Entwurf zur RVO im Jahre 1909 finden wir bedeutsame Ansätze, dem Arzt wesentlich deutlicher eine Stellung in der Krankenversicherung zuzuweisen, als es bis dahin der Fall war, wie denn auch in der Reichstagskommission betont wurde, daß „die selbstlose Mitarbeit der deutschen Aerzteschaft überhaupt erst die Durchführung der sozial-politischen Gesetzgebung ermöglicht" habe. Wenn man auch nicht geneigt war die freie Arztwahl gesetzlich als das einzigste Arztsystem einzuführen, so finden sich in dem Entwurf bereits die Grundsätze dessen, was später ein Berliner Abkommen und schließlich in der Notverordnung vom Jahre 1923 etwas abgewandelt wiederkehrte: Regelung der Beziehungen zwischen Kassen und Aerzte durch Verträge, Aufstellung einer Arztordnung, die die Zulassung und den Ausschluß der Aerzte, die Höhe und Art der Bezahlung und Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten regeln sollten. Ferner wurden Schiedsausschüsse und Schiedskammern bei den Versicherungs- und Oberversicherungsämtern vorgesehen, die entscheiden sollten. Wir sehen in diesem Entwurf Ansätze zu einer Vertrags- und Zulassungsordnung, zu Schiedsämtern und dem Reichsschiedsamt. Die Aerzte lehnten dies auf das entschiedenste ab. Der Reichstag sorgte dafür, daß von dieser Regelung wenig übrig blieb.

Endgültig festgelegt wurde, daß Krankenhilfe nur durch approbierte Aerzte zu gewähren ist. Ferner hatte die Kasse den Versicherten möglichst die Auswahl zwischen mindestens 2 Aerzten zu gewähren und bekam weiter das Recht, anstelle der ärztlichen Behandlung ein erhöhtes Krankengeld zu gewähren, wenn es ihr nicht gelänge mit den Aerzten einen Vertrag abzuschließen.

Für die Aerzte war nichts wesentliches dabei herausgekommen. Die Kassen gingen organisatorisch neu gestärkt hervor, Kassenverbände und Kassenvereinigungen bekamen gesetzlichen Schutz. Für den 1. 1. 1914 war eine große Machtprobe-Verweigerung der ärztlichen Behandlung auf Rechnung der Krankenkassen — geplant, da der Staat mit dem Erlaß der neuen RVO eine gesetzliche Regelung vorzunehmen beabsichtigte, die die Kampfkraft der organisatorischen Aerzteschaft ganz erheblich gelähmt hätte. Es kam nicht zum offenen Machtkampf, weil Aerzte und Krankenkassen an den Verhandlungstisch gezwungen nicht eher freigelassen wurden, bis ein Abkommen zustande gekommen war. Die Folge war das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913, das für 10 Jahre „freiwillig" abgeschlossen, aber den Erwartungen der Aerzteschaft in keiner Weise gerecht wurde (23). In völliger Verkennung der wahren Aufgabe

der Aerzte in der Sozialversicherung sahen die meisten Aerzte in dem Abkommen den endgültigen Verlust der ärztlichen Berufsfreiheit besiegelt, während Männer wie Hartmann wußten, daß damit der erste Schritt zu einer wirklichen Einordnung des Arztes in die deutsche Krankenversicherung versucht wurde. Allerdings bedurfte es zur Erreichung dieses Zieles noch langer Jahre. Für 10 Jahre bestand das Berliner Abkommen. Bevor es richtig in Kraft treten konnte, brach der Weltkrieg aus. Der verlorene Krieg schlug der deutschen Sozialversicherung große Wunden und die Inflation brachte sie schließlich an den Rand des Abgrundes.

Die Aerzte halfen sich über diese gefährliche Zeit hinweg. Am Ende dieses Leidensweges dankte der Gesetzgeber den Aerzten mit der Notverordnung vom 30. Oktober 1923, in der die meisten die Auslieferung des Aerztestandes an die Kassen erblickten. Sie enthielt aber nur die Absperrung des Nachwuchses vom Zugang zur Kassenpraxis, die nach Verlust fast jeder Privatpraxis für die meisten Aerzte die einzige Existenzgrundlage geworden war, ferner die Möglichkeit einer bis dahin unbekannten Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch die Kassen. Daneben Bildung von Ausschüssen für ärztliche und Kassenangelegenheiten und von staatlichen Zulassungs- und Schiedsstellen.

Jede verantwortliche Mitarbeit der Aerzte in der Sozialversicherung, die in umfangreichen Eingaben an Reichstag und Staatsregierung und in bis ins einzelne ausgearbeiteten Gesetzesentwürfen gefordert war, schien ausgeträumt, die völlige Sozialisierung des Aerztestandes schien besiegelt. Ein nochmaliger Versuch, durch eine Kampfansage das Joch abzuschütteln, hatte nur oder gar keinen Erfolg und selbst Leute wie Erwin Liek sahen vorübergehend eine Rettung des Arztes nur noch in seiner Verbeamtung. Grote hat diese Entwicklung einmal so gekennzeichnet: „Aber gerade aus der tiefsten Not bereitete sich eine Erneuerung der Stellung des Arztes in der Sozialversicherung vor. Aus wesentlich ärztlicher Initiative heraus wurde trotz heftiger Widerstände allmählich ein Aerzterecht auf dem Gebiete des Zulassungs- und Vertragswesens geschaffen, bei dessen Ausbau die oberste Schiedsstelle, das Reichsschiedsamt, wesentlichen Anteil hatte. Durch immer stärkere Einbeziehung des Hartmannbundes in öffentlich-rechtlichen Aufgaben wurde ihm immer mehr der Charakter als Kampfinstrument genommen, sodaß schließlich seine Organisation als Grundlage für die Schaffung einer neuen kassenärztlichen Organisation gewählt werden konnte, die an Stelle des einzelnen Arztes den Krankenkassen gegenüber zu treten hatte.“ Dies wurde festgesetzt durch die Verordnung vom Januar 1932 über die kassenärztliche Versorgung und die vom Reichsarbeitsminister erlassene Vertrags- und Zulassungsordnung vom 31. Dezember 1931.

Die Verkoppelung der freiwilligen Organisation des Hartmannbundes mit den gesetzlich geschaffenen kassenärztlichen Vereinigun-

gen trug das Merkmal eines Uebergangszustandes ohne weiteres in sich. Der liberalistische Staat konnte sich nicht entschließen, den Schritt zur wirklichen Lösung aller Streitfragen zu tun und dem Aerztestand eine Stellung zu geben, die seiner Bedeutung im Leben des deutschen Volkes und damit der deutschen Krankenversicherung entsprach (6). Erst die nationalsozialistische Revolution machte den Weg frei zur entscheidenden Entwicklung. Die Uebernahme der Führung der ärztlichen Verbände durch den Reichsärzteführer Dr. Wagner brachte die Verschmelzung der ärztlichen Verbände bis dann durch die Errichtung der KVD im August 1933 der entscheidende Schritt zu neuer Gestaltung erreicht wurde.

Von den früheren Kämpfen um die freie Arztwahl spürt man heute nichts mehr, sondern heute wickelt sich die Zusammenarbeit der Träger der einzelnen Versicherungen und der Aerzteschaft in gemeinsamen, freundschaftlichen Beratungen ab, wo einer die Notwendigkeit und Aufgaben des anderen anerkennt (5), und wo keiner einseitig seinen Standpunkt ohne Rücksicht auf die Sorge des anderen durchzufechten sucht.

Nach der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 ist der Arzt zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen. Er erfüllt damit eine durch Gesetz geregelte öffentliche Aufgabe. Daher gilt auch der Beruf des Arztes — im Gegensatz zu der Auffassung der Systemzeit — heute nicht mehr als ein Gewerbe. Der deutschen Aerzteschaft höchste Aufgabe ist es, zum Wohle von Volk und Reich für die Erhaltung und Pflege der Gesundheit, des Erbgutes und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken. Die ärztliche Tätigkeit ist ein freier Beruf. Gewissenhaftigkeit und Ehrbarkeit sind die unerläßlichen Voraussetzungen für das Vertrauen, das dem Arzt entgegengebracht wird, und dessen er sich durch sein Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufes würdig zu erweisen hat. Diesen hohen Pflichtenkreis übernimmt der Arzt mit seiner Bestallung, die für das ganze Reichsgebiet gilt. Hier die Aerzte in Schranken zu halten, kann nicht Sache von Nichtärzten, sondern das muß Aufgabe der ärztlichen Körperschaft sein. Ob ein Arzt geeignet ist, diesen besonders würdigen Dienst in der Sozialversicherung übernehmen zu können, oder ob er sich bei seinem ärztlichen Handeln in der Sozialversicherung etwas hat zu Schulden kommen lassen, das alles bedarf der Beurteilung durch die Organe der Aerzteschaft. Dies kann nicht beurteilt werden von dem Verwaltungsapparat der Träger der Sozialversicherung aus. Deshalb ist die erste Förderung zur Erhaltung des freien Arzttums die Forderung nach der Selbstverwaltung der auf dem Gebiete der Sozialversicherung tätigen Aerzteschaft. So muß also neben die in in den Trägern verwirklichte Selbstverwaltung die ärztliche Selbstverwaltung treten, und dies ist verwirklicht durch die kassenärztliche Vereinigung Deutschlands. Sie erfaßt alle im Dienste der Sozialversicherung stehenden Aerzte (5, 13). Daneben besteht in Deutschland

die Reichsärztekammer, die als allgemeine Körperschaft der Aerzte sämtliche Aerzte umfaßt. Sie ist die Vertretung der Aerzteschaft und bildet eine Körperschaft des öffentlichen Rechts (2). Ihre Anordnungen sind für die Aerzte bindend. Die Untergliederungen der Reichsärztekammer sind die Aerztekammern und die Bezirksvereinigungen. Die Reichsärztekammer hat die Aufgabe über den sittlichen und wissenschaftlichen Hochstand der Aerzteschaft zu wachen, Berufsehre und Berufsmoral zu wahren, für die Ausbildung, Schulung und Fortbildung Sorge zu tragen und hierüber verbindliche Anordnungen zu treffen (mit Ausnahme ärztlicher Beamten), für ein gedeihliches und kameradschaftliches Verhältnis der Aerzte untereinander zu sorgen, auf eine den Belangen der Bevölkerung oder der Aerzteschaft entsprechende Verteilung der Aerzte auf das gesamte Reichsgebiet hinzuwirken, sowie Fürsorgeeinrichtungen für Aerzte zu schaffen. Demnach haben wir in Deutschland zwei Körperschaften. Es mag sein, daß je nach der Gestaltung und der Bedeutung der Sozialversicherung in einem Lande diese doppelte Gliederung nicht notwendig ist, aber bei den Ausmaßen der Sozialversicherung in Deutschland hat es sich als unabweislich notwendig herausgestellt, für die Zwecke der Sozialversicherung die Aerzte nochmals neben der Reichsärztekammer selbständig in einer besonderen Körperschaft zusammenzufassen. Daneben muß man berücksichtigen, daß die deutsche Krankenversicherung 22 Millionen Volksgenossen betreut. Hinzu kommt, daß auch die Familienangehörigen dieser Versicherten pflichtversichert sind, sodaß von der Krankenversicherung rund 40 Millionen Personen erfaßt werden. Und mit der Krankenversicherung ist das Schicksal der deutschen Aerzteschaft unlöslich verbunden. Dies hat eben dazu geführt, die Aerzte gesondert für Zwecke der Sozialversicherung in der KVD zusammenzufassen. So sind in der Reichsärztekammer sämtliche etwa 55 000 deutsche Aerzte für die allgemeinen ärztlichen Berufsaufgaben zusammengefaßt und daneben in der KVD nochmals etwa 32 000 dieser Aerzte als Kassenärzte zusammengeschlossen. Diese 32 000 Aerzte machen etwa 90% der freipraktizierenden Aerzteschaft aus, denn bei den 55 000 Aerzten, also bei der Gesamtärzteschaft, sind ja zahlreiche Aerzte, die in Krankenhäusern oder als Amtsräte oder sonst behördlich angestellt sind. So ergibt sich ein Bild, daß, von einer geringen Prozentzahl abgesehen, fast die gesamte freipraktizierende Aerzteschaft in der KVD für die Zwecke der Sozialversicherung zusammengefaßt ist (5, 13, 14).

Die KVD ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts innerhalb der Reichsärztekammer (sie hat die Rechte einer Behörde), das bedeutet, daß die Aerzte in ihr zwangsweise zusammengefaßt sind. Die Aerzte sind ohne weiteres Mitglieder, ohne daß es einer Beitrittserklärung bedarf. Die KVD übt die Selbstverwaltung der Aerzteschaft aus und erfüllt die Aufgaben, die ihr der Staat übertragen hat. Und ferner erläßt sie Anordnungen, die zur Durchführung der ärztlichen

Tätigkeit auf dem Gebiete der Sozialversicherung notwendig sind. So ist die KVD die allein berufene Vertretung der deutschen Aerzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Sozialversicherung, in den Ersatzkassen, in der Reichsversorgung und im Reichsarbeitsdienst (2). Sie ist eine Organisation, die sich über das ganze Reich erstreckt und in 21 Landesstellen und 160 Bezirksstellen gegliedert ist. An der Spitze einer jeden solchen Verwaltungsstelle steht ein Arzt als Leiter, der für seinen Bezirk entsprechend den Weisungen der KVD und nach denen für das Reich ergangenen Bestimmungen die Maßnahmen in seinem Bezirk durchführt. Die kassenärztliche Vereinigung schließt für die Aerzteschaft die Verträge mit den Trägern der Sozialversicherung ab, sie überwacht die Tätigkeit der Aerzte nicht allein nur vom ärztlichen Gesichtspunkt aus, sondern auch in der Weise, daß die eingegangenen Verträge und die gegenüber der Sozialversicherung sich ergebenden Verpflichtungen eingehalten werden, und regelt den Dienst der Aerzte. In ihrer Hand liegt auch die Zulassung von Aerzten zur Kassenpraxis und deren Ausschluß aus der Kassenpraxis. Für den Arzt ist mit seiner Zulassung zum kassenärztlichen Dienst der in seinem Bezirk gültige Gesamtvertrag maßgebend. Einer ausdrücklichen schriftlichen Beitrittserklärung zu dem Vertrage wie sie früher gefordert wurde (vgl. § 308 Abs. 3 RVO) bedarf es nicht mehr, nachdem die KVD den Kassen gegenüber die Gewähr dafür übernommen hat, daß die Aerzteschaft, d. h. also auch der einzelne Kassenarzt, seine Kassentätigkeit nach Maßgabe der bestehenden Bestimmungen ausübt und nachdem keinerlei privatvertragliche oder ähnliche Beziehungen zwischen dem Kassenarzt und den Kassen bestehen, sondern der Arzt nur der KVD verpflichtet ist.

Der bestallte Arzt hat nach den gegenwärtig gültigen Bestimmungen das alleinige Recht, zur Kassenpraxis zugelassen zu werden. Der Arzt muß sich nach geltendem Recht zunächst ins Arztregister eintragen lassen. Das Arztregister wird von der Landesstelle der KVD für den jeweiligen Aerztekammerbezirk geführt. Es trägt öffentlichen Charakter und kann von Aerzten eingesehen werden. Der Arzt kann die Eintragung in das Aerzteregister sofort nach Empfang der Bestallung beantragen, jedoch nicht in mehr als 2 verschiedenen Aerztekammerbezirken. Zur Eintragung ist ein schriftlicher Antrag bei derjenigen Verwaltungsstelle der KVD erforderlich, die für den betreffenden Bezirk das Arztregister führt. Dem Antrag soll beigefügt werden:

1. die Geburtsurkunde sowie Urkunden, aus denen hervorgeht, ob der Antragsteller und ggf. sein Ehegatte arischer Abstammung ist,
2. die Bestallungs- bezw. Approbationsurkunde,
3. Bescheinigungen, über die seit der Approbation ausgeübte ärztliche Tätigkeit,
4. ein behördliches Führungszeugnis

Heiratet der Arzt, so hat er dies dem Arztregister mitzuteilen und die Urkunden vorzulegen, aus denen sich ergibt, daß der Ehegatte arischer Abstammung ist. Die Eintragung in das Arztregister bedingt noch keinesfalls die Zulassung als Kassenarzt. Um diese zu erlangen, bedarf es eines schriftlichen Antrages als Zulassung als Kassenarzt, aus dem zu ersehen ist, für welchen Ort oder Ortsteil der Arzt zugelassen werden will. Sind diese Bedingungen vorerst erfüllt, gilt er als Anwärter für die Kassenpraxis. Zulassung zur Kassenpraxis setzt eine mindestens 2jährige Vorbereitung voraus. Die Vorbereitungszeit beginnt frühestens mit dem Datum der Gültigkeit der Bestallung. Medizinerpraktikantentätigkeit wird auf diese Zeit nicht angerechnet. Während der Vorbereitungszeit kann der Arzt beliebig als Assistenzarzt oder auch als verantwortlicher Volontärarzt an Krankenhäusern, Privatkliniken, Heilstätten, Sanatorien oder Polikliniken tätig sein. Die Zeit wird ihm bis zu 21 Monaten angerechnet. (§ 14 Zu 10, Abs. 3). Sollte er Gelegenheit haben, eine Assistentenstelle an einem theoretischen Institut zu erhalten, so wird diese Zeit bis zur Dauer von 6 Monaten angerechnet. Eine Praxis darf während der Tätigkeit als Assistenzarzt nicht ausgeübt werden. Erhält er eine Stelle als Lagerarzt (etwa an einem Sportlager eines Verbandes der NSDAP oder in einem Lager ähnlicher Art), so wird auch diese Tätigkeit bis zu der Dauer von 12 Monaten auf die Vorbereitung zur Kassenpraxis angerechnet. War der Bewerber um die Kassenarztstelle mindestens 1 Jahr als hauptamtlicher Arzt an einem Gesundheitsamt tätig, so werden von dieser Zeit 6 Monate angerechnet. Teilnahme an einem Jungärztekurs in der ärztlichen „Ordensburg" Alt Rehse wird voll angerechnet.

Die Tätigkeit als Assistent eines Kassenarztes wird nur angerechnet, wenn der Kassenarzt die Genehmigung des Amtsleiters der Landesstelle der KVD zur Beschäftigung eines Assistenten in der Kassenpraxis hatte. Aerzte, die länger als seit dem 10. 1. 1932 sich niedergelassen haben und Aerzte, die ununterbrochen länger als 2 Jahre als Kassenärzte tätig waren, diese Tätigkeit aber aufgegeben haben, sind von der Vorbereitung auf die Kassenpraxis befreit. Ebenso kann von Vorbereitung auf die Kassenpraxis abgesehen werden bei schwerkriegsbeschädigten Aerzten und bei Aerzten, die in den Kämpfen um die nationale Erhebung schwer beschädigt wurden. In diesem Fall ist allerdings Voraussetzung für die Zulassung, daß der Arzt seit dem Tage seiner Bestallung mindestens 1 Jahr lang ärztlich tätig gewesen ist.

In den 2 Jahren der Vorbereitung auf die Kassenpraxis, in denen der Arzt ja an sich in der Wahl seiner Tätigkeit ziemlich frei ist, muß er jedoch 3 Monate als Vertreter oder Assistent von Kassenärzten mit überwiegend auf dem Lande ausgeübter Allgemeinpraxis tätig sein. Diese Zeit braucht nicht fortlaufend abgeleistet zu werden. Darüber, ob Landpraxis vorliegt, entscheidet auf Antrag der Amtsleiter der zuständigen Landesstelle der KVD und auf Beschwer-

de des Arztes der Reichsführer der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands für die Zulassungsinstanzen verbindlich. Die Entscheidung des Amtsleiters ist in der Regel vor Aufnahme der Tätigkeit einzuholen. Die Beschwerde muß innerhalb einer Frist von 2 Wochen nach Zustellung der Entscheidung erhoben werden (§ 14 Zu 10, Abs. 2).

Das nationalsozialistische Deutschland legt den größten Wert darauf, daß der junge Arzt sich nicht zugleich auf eine Großstadt oder auf das Spezialistentum einstellt, sondern daß er die Verhältnisse auf dem Lande kennen lernt, bei denen er auf sich selbst gestellt ist und nicht in der Lage ist, jederzeit einen Facharzt hinzuziehen zu können. Die Versorgung gerade der Landbevölkerung mit guten Aerzten ist für das Gedeihen des Bauernstandes von größter Wichtigkeit. Um dem ärztlichen Nachwuchs die Wichtigkeit der Aufgaben des Landarztes vor Augen zu führen, ist allen Bewerbern um eine Kassenarztstelle eine mindestens 3 monatige landärztliche Tätigkeit auferlegt worden. Die Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes kann über die vorgeschriebenen 3 Monate hinaus zu einer Dauer von 9 Monaten angerechnet werden. Der Arzt muß außerdem entweder vor oder spätestens ½ Jahr nach seiner Zulassung einen Einführungslehrgang für die Kassenpraxis besuchen, den die KVD veranstaltet oder veranstalten läßt. Bestehende Zulassungen werden hierdurch nicht berührt (§ 18, 1 Zu 10). Er lernt hier die für den Kassenarzt wichtigen gesetzlichen Bestimmungen, die Stellung zum Vertrauensarzt, sowie die rationelle Rezeptur kennen. Der Leiter eines Einführungslehrgangs hat jedem Teilnehmer nach Beendigung des Lehrganges eine Bescheinigung über Zeitpunkt und Dauer des Lehrgangs sowie die Teilnahme des Arztes auszustellen (§ 19 Zu 10).

Gewisse Grenzen gegen ein Ueberhandnehmen der Zahl der Aerzte sind durch die Bestimmungen geschaffen, daß grundsätzlich auf je 600 Kassenmitglieder nur ein Arzt zugelassen wird. Die Zahl der zugelassenen Aerzte wird für jeden Zulassungsbezirk festgestellt. Zulassungsbezirke sind entweder die Arztregisterbezirke oder Teile davon (Teilbezirke). Für jeden Arztregisterbezirk besteht ein Zulassungsausschuß bei der Verwaltungsstelle der KVD. Der Zulassungsausschuß besteht aus dem Vorsitzenden und 2 Mitgliedern. Der Vorsitzende und die Beisitzer sowie Stellvertreter in der nötigen Zahl werden vom Reichsführer der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands berufen und abberufen. Unter den Stellvertretern der Beisitzer müssen sich mehrere in ein Arztregister eingetragene nicht zugelassene Aerzte befinden. Bei Zulassungen muß an der Beschlußfassung des Zulassungsausschusses ein nicht zugelassener Beisitzer teilnehmen, der an dem Ergebnis der Beschlußfassung nicht unmittelbar beteiligt ist (§ 33, Abs. 1—3 Zu 10). Ueber die Zulassung entscheidet zunächst ein Zulassungsausschuß, sowie bei Streit über das

Bestehen oder Nichtbestehen einer Zulassung. Gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses können die beteiligten Aerzte und die KVD binnen einem Monat nach Zustellung Berufung beim Reichszulassungsausschuß einlegen (§ 34 Zu 10). Dieser besteht aus einem Vorsitzenden und 4 Beisitzern sowie Stellvertretern, von denen drei von der kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und einer von dem Reichsarbeitsminister nach Anhörung des Führers der KVD bestellt wird (§ 36 Zu 10). Als letzte Instanz ist noch eine Revision beim Reichsschiedsamt möglich, allerdings nur beim Vorliegen von formellen Verstößen gegen die einschlägigen Bestimmungen. Das Reichsschiedsamt wird in seiner Zusammensetzung vom Präsidenten des Reichsversicherungsamtes berufen. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sind in der Regel den Direktoren oder Senatspräsidenten des Reichsversicherungsamtes zu entnehmen. Die Beisitzer und ihre Stellvertreter sollen die Befähigung zum Richteramt haben und im Zulassungsrecht erfahren sein.

Ist bei einer Zulassung unter mehreren Aerzten die Auswahl zu treffen, so sind die für die Zulassung in Frage kommenden Umstände gegeneinander abzuwägen (§ 17 Zu 10). Diese Auswahl nehmen die rein ärztlichen Zulassungsinstanzen vor und berücksichtigen dabei politische, bevölkerung- und familien-politische, soziale Gesichtspunkte, treiben eine Planung zum Zwecke einer vernünftigen Verteilung der Kassenärzte auf das Reichsgebiet. Im ganzen wird also die sachliche und persönliche Eignung des Zulassungsanwärters geprüft. Persönlich muß sich der junge Arzt jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat einsetzen.

Bei der Auswahl gelten folgende Gesichtspunkte, und es werden bevorzugt (§ 17, 2 Zu 10):

1. Aerzte, die seit mindestens 2 Jahren ununterbrochen beim Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP tätig sind, bei ihrer ersten Zulassung;
2. Aerzte, die eine Dienstzeit von mindestens einjähriger Dauer im Wehrdienst und im Arbeitsdienst oder in einem dieser Dienstzweige nachweisen, bei ihrer ersten Zulassung;
3. Schwerkriegsbeschädigte, sonstige Kriegsteilnehmer und Kriegerwaisen;
4. Verdrängte und vertriebene Aerzte bei ihrer ersten Zulassung:
5. Verheiratete Aerzte und unter ihnen solche mit der höheren Kinderzahl;
6. Aerzte, die mindestens 5 Jahre auf dem Lande oder in einer Kleinstadt Kassenärzte gewesen sind, bei der Zulassung für Orte mit besseren Ausbildungsmöglichkeiten für ihre Kinder;
7. Aerzte, die keine regelmäßig wiederkehrende Bezüge wie Gehalt, Ruhegehalt oder Rente haben;
8. Aerzte, die die elterliche Kassenpraxis übernehmen wollen, bei der Zulassung für den Ort der Praxis.

Dem gegenüber sind von der Zulassung zur Ausübung einer Kassenpraxis ausgeschlossen (§ 15 Zu 10):

1. Aerzte, gegen deren Zulassung ein in ihrer Person liegender wichtiger Grund vorliegt (entsprechend den Bestimmungen über das Versagen der Bestallung wird hier an ein körperliches oder geistiges Gebrechen gedacht sein);
2. Aerzte, die selbst oder deren Ehegatten nicht deutschen oder artverwandten Blutes sind;
3. Aerzte, die nicht die Gewähr dafür bieten, daß sie jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat sich einsetzen:
4. Verheiratete weibliche Aerzte, wenn die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zur wirtschaftlichen Sicherheit der Familie nicht erforderlich erscheint;
5. Aerzte, die auch die Bestallung als Zahnärzte besitzen, solange sie als Zahnärzte zugelassen sind.

Durch die Zulassung erwirbt der Arzt das Recht auf Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit im Rahmen der von der KVD mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträgen. Die Zulassung bezieht sich auf die in der Verordnung des Reichsarbeitsministers über die KVD vom 2. August 1933 bekannten Kassenarten, nämlich die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungs-krankenkassen. Diese Kassen werden als RVO-Kassen bezeichnet. Das geschilderte Zulassungsverfahren findet also keine Anwendung auf die Knappschaftskrankenkassen, die Seekrankenkasse und die Ersatzkassen. Die Seekrankenkasse leistet im allgemeinen ihren Mitgliedern die ärztliche Fürsorge nicht unmittelbar, sondern in ihrem eigenen Auftrag erfolgt die Gewährung der Arzthilfe von den Orts- bezw. Landkrankenkassen durch deren Kassenärzte. Die vertraglichen Beziehungen zu den Ersatzkassen beruhen auf besonderer Regelung. Da für diese Kassen nicht die Pauschhonorarsätze gelten wie bei den RVO-Kassen, vielmehr bestimmte Tarifsätze nach der allgemeinen deutschen Gebührenordnung (Adgo) vereinbart sind, so pflegt man die Ersatzkassen als Tarifkassen zu bezeichnen (23).

Die Kasse kann dem Arzt nicht kündigen, sondern, wenn sie glaubt, beobachtet zu haben, daß sich ein Arzt für die Tätigkeit als Kassenarzt nicht eignet, so macht sie der ärztlichen Körperschaft, der KVD, entsprechende Mitteilung. Von sehr großer Bedeutung ist der § 8 Abs. 2—8 Satzung KVD, der die Aerzte zur Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet und die KVD mit erheblichen Strafbefugnissen ausstattet. Die kassenärztliche Vereinigung besitzt eine Disziplinargewalt, wonach sie Verwarnung, Geldstrafe bis zu 1000 RM und Ausschluß aus der kassenärztlichen Tätigkeit bis zu 3 Jahren verhängen kann. Diese Disziplinargewalt der KVD wickelt sich in einem geordneten Verfahren ab, das die KVD selbst im einzelnen geregelt hat und ausschließlich von ihr ausgeübt wird. Nach Abschluß des Verfahrens ist dem Arzt es überlassen, sich an die Reichs-

führung der KVD zu wenden, die von sich eine Strafe erlassen oder ihn sonst begnadigen oder auch verlangen kann, daß ein neues Verfahren eingeleitet wird. Das ist das Mittel, durch das die KVD von sich aus für die Durchführung ihrer Anordnungen und für die ordnungsgemäße Ausführung der kassenärztlichen Verpflichtungen sorgen kann.

Eine Loslösung des Arztes von den Krankenkassen ist ermöglicht worden in der Weise, daß das, was den Arzt angeht, in die Hände einer Körperschaft gelegt ist. Früher glaubte man, der Arzt müsse derart in die Krankenversicherung hineingestellt werden, daß er der Verwaltung der Krankenkasse untersteht und abhängig sei von deren Weisungen, und daß er mehr oder weniger wie ein Angestellter der Krankenkasse tätig werde. Dieses Verfahren hat gezeigt, daß man niemals dem Arztberuf gerecht werden kann. Immer muß sich dann die verwaltungsmäßige Einstellung des Kassenbeamten mit derjenigen des Arztes reiben. Die Folge davon war, der Arzt mußte Not leiden, was schließlich wieder zum Schaden des Kranken und der Durchführung der Aufgaben der Krankenversicherung ausfiel. Mit einem Schlage war es zu Ende mit der Vorstellung, daß der Arzt Angestellter der Krankenkasse sei. Es ging ja schließlich darum, die Aerzteschaft als solche in den Dienst der Sozialversicherung zu stellen. Und dies wurde eben erreicht, indem man für diese Zwecke eine ärztliche Körperschaft bildete. Heute arbeitet die Aerzteschaft durch diese Körperschaft selbst an den Aufgaben der Sozialversicherung mit. Die Krankenkassen setzen sich gar nicht mehr mit den einzelnen Aerzten in Verbindung, sondern wenden sich mit allem nur noch an die kassenärztliche Vereinigung. Heute ist die KVD die allein berufene Vertretung der deutschen Aerzteschaft bei der Regelung der ärztlichen Versorgung nach Maßgabe der in Betracht kommenden Bestimmungen. Das Verhalten des Arztes wird nicht mehr nach kassenverwaltungsmäßigen Gesichtspunkten einseitig beurteilt, sondern sein Handeln wird jetzt vom ärztlichen Gesichtspunkt gewürdigt. Dieses Verfahren hat sich so gut eingelaufen, daß heute die Vertreter der Verbände der Krankenkassen und die Vertreter der Aerzteschaft monatlich einmal zur gemeinsamen Beratung zusammenkommen. So hat sich in Deutschland der Zustand herauskristallisiert, daß die Aerzteschaft mit verantwortlich an der Krankenversicherung beteiligt ist und dieses Verantwortungsgefühl, nicht nur über das Schicksal der Aerzte zu wachen, sondern auch an dem Geschick der Sozialversicherung selbst teilzunehmen, hat erreicht, daß die Sorge der Sozialversicherung auch Sorge der Aerzteschaft ist.

Der Grundsatz der freien Arztwahl bedeutet weiter, dem Kranken nicht vorzuschreiben, zu welchem Arzt er gehen muß, sondern ihm die Wahl des Arztes seines Vertrauens zu überlassen. Die Wahl des Arztes ist möglich, weil eben in Deutschland fast die gesamte frei praktizierende Aerzteschaft zur Kassenpraxis zugelassen ist,

sodaß der Kranke zwischen zahlreichen Aerzten den Arzt auswählen kann. Das Vertrauen, das der Kranke dem Arzt schenkt, bedeutet vom ärztlichen Standpunkt aus eine seelische Haltung. Sie ist bereits der erste Schritt zur Gesundung (Grote). Die Entscheidung des Patienten, wem er das kostbare Gut seines Vertrauens zukommen lassen will, verlangt von ihm bereits eine Willensäußerung. Sie ist auf Selbstverantwortung und Achtung vor sich selbst begründet und die wiederum ihn zwingt, den Willen zur Gesundheit zu offenbaren und zu verwirklichen. Die Erhaltung des Vertrauens des Kranken zum Arzt muß dauernd den Willen zum Gesundwerden stärken. Der Arzt ist Helfer des Kranken, aber der Kranke ist auch Helfer des Arztes. Und das Zusammenwirken dieser beiden ist eben nur auf der Basis des Vertrauens möglich. Daher ist der Grundsatz, daß der Kranke den Arzt seines Vertrauens wählen soll, ein unerschütterlicher Inhalt dessen, was freie Arztwahl bedeutet.

Ferner bedeutet die freie Arztwahl die Beteiligung weiter Kreise der Aerzteschaft an dem Gesundheitswerk der Sozialversicherung. Der Arzt ist vom Staat zur gesundheitlichen Betreuung und Behandlung der Kranken berufen und alle hierzu fähigen, bereiten, tragbaren Kräfte müssen daran arbeiten. Nicht allein Behandlung der Kranken ist Aufgabe des Arztes, sondern weit wichtiger noch die Durchführung dessen, was im Sinne der Gesundheitsführung, in der Erhaltung der Gesundheit und der Förderung der Gesundheit liegt. Ist es doch für uns eine Selbstverständlichkeit, daß die Behandlung des Kranken eben durch berufene Aerzte erfolgt, und daß der Arzt, wenn er seiner inneren Berufung folgen will, zum Bett des Kranken hindrängen muß. Wenn man schon eingesehen hatte, daß man mit wenig angestellten Aerzten in der Krankenversicherung und der Unabhängigkeit derselben von den Krankenkassen nicht durchkommen konnte, warum war denn noch die Schaffung der Ambulatorien notwendig. Es war ja nur deren Ziel, die Aerzteschaft so weit wie möglich von ihrer Aufgabe abzudrängen, den Arzt von der Sozialversicherung fernzuhalten, den Arzt auszuschalten. Diese Einrichtungen, wie wir sie in Deutschland hatten, insbesondere in Berlin, sind unverträglich mit wahrem Arzttum und mit ehrlicher Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherung und Aerzteschaft. Es wird ja immer so bleiben, daß es Aerzte und Kranke gibt. Und daß daraus die Tatsache folgt, daß der Arzt an das Bett des Kranken gehört, und daß diese Aufgabe und Bestimmung ihm nicht genommen werden kann. Für jeden Menschen sind dies selbstverständliche Gedanken, daß nicht die Aerzteschaft es an sich ist, die die Behandlungsinstitute ablehnt, sondern das Gewissen verlangt es, an dieser Ordnung sich nicht zu vergreifen. Die Ambulatorien wollten ja nur eine Behandlung der Kranken am laufenden Band durchführen, an Stelle der individuellen Behandlung durch den Vertrauensarzt. Allerdings bestand die Ansicht, daß die Ambulatorien zur Verbilligung der Krankenversicherung notwendig seien. Die Sozialversicherung

könne nur dadurch sparsam wirtschaften und könne nicht trotz idealer Grundsätze finanzielle Erschütterungen in Kauf nehmen.

Aus diesen Maßnahmen heraus wurde in Deutschland das Honorarsystem geschaffen, das den wirtschaftlichen Verhältnissen der Krankenkassen gerecht wird. Die Krankenkassen sind danach verpflichtet, einen Betrag für ärztliche Behandlung durch die freipraktizierende Aerzteschaft an die KVD abzuführen, wobei sich allerdings der Betrag nicht nach den von den Aerzten erbrachten Leistungen, sondern nach den Verhältnissen der Krankenkassen richtet. Die Krankenkassen führen etwa 25% ihrer Beitragseinnahmen an die KVD ab. Dadurch bestimmt sich das Honorar der Aerzteschaft nach den Einnahmen der Krankenkassen. Wir sind in Deutschland nicht allein auf die Beitragseinnahmen unmittelbar eingestellt. Hier zahlen die Krankenkassen für jedes ihrer Mitglieder eine Kopfpauschale an die KVD, deren Höhe wiederum abhängig ist von der Höhe der Löhne der Versicherten. Die Lohnhöhe wirkt sich wiederum auf die Beiträge aus, sodaß man auch die Beitragseinnahmen zur Grundlage der Berechnung der Gesamtvergütung nehmen kann. Danach ist der Betrag, den die Krankenkassen für die ärztliche Behandlung an die Körperschaft der Aerzte abführen, nur noch abhängig von der Anzahl der Mitglieder der Krankenkassen. Es wird demnach eine Kopfpauschale gezahlt. Die Verteilung der Honorarsumme an die Aerzte ist Aufgabe der Selbstverwaltung der Aerzteschaft. Die KVD hat hierzu Abrechnungsstellen eingerichtet. Sie stellt den Maßstab für die Verteilung der Gesamtvergütung auf, sie prüft die ärztlichen Rechnungen, und sie weist dem Arzt auch das Honorar zu. Die Aerzte haben ausschließlich gegen die KVD Anspruch auf Honorar. Die Honorarsumme schwankt natürlich, denn der Bestand der Mitglieder einer Krankenkasse verändert sich. Von den Krankenkassen ist die gezahlte Honorarsumme unabhängig von der Inanspruchnahme der Aerzte, insbesondere in den Zeiten der Epidemien, wo die Aerzte besonders in Anspruch genommen sind. Es ist deshalb Aufgabe der KVD, hier ausgleichend zu wirken. Die Aerzte bekommen bei höheren Leistungen kein höheres Honorar; denn die Krankenkassen bezahlen auch dann nur die Kopfpauschale. Die KVD hält deshalb von der Gesamtvergütung der Krankenkassen in günstigen Zeiten einen Betrag zurück und zahlt diese Rücklage in Zeiten aus, wo die ärztlichen Leistungen über die Norm hinaus gesteigert sind. Die Verteilung des Honorars richtet sich nicht nur nach den Leistungen der Aerzte, sondern die KVD berücksichtigt auch andere Gesichtspunkte. Die Befugnisse der KVD schaffen für solche Aerzte einen Ausgleich, die sich in Notstandsgebieten, in dünn besiedelten Gebieten oder in Stadtteilen mit armer Bevölkerung niedergelassen haben. Die KVD leistet hier diesen Aerzten eine Gewähr für ihr Einkommen, das sie selbst in diesem Notstandsgebiet sich nicht erarbeiten können. So hilft die KVD, daß überall Aerzte zur Verfügung stehen und gerade dort, wo die Bevölkerung die

ärztliche Behandlung am notwendigsten hat. Auch in anderer Hinsicht wird die Gesamtvergütung, die die Krankenkassen an die KVD zahlen, nicht lediglich nach den von den Aerzten erbrachten Leistungen bezahlt, sondern die KVD verfolgt mit der Verteilung der Gesamtvergütung auch bevölkerungspolitische Ziele. Sie hat eine Familienausgleichkasse errichtet, in die ein geringer Prozentsatz (2%) der kassenärztlichen Gesamtvergütung fließt, und der Betrag wird so verteilt, daß jeder Kassenart unabhängig von seinem Einkommen für jedes 3. und weitere Kind 50 RM im Monat erhält. Diese Kinderzulage wird beim Tode des Kassenarztes auch an die Waisen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres weitergezahlt (5, 14).

Die Durchführung der Honorierung der Aerzte ist ausschließlich Angelegenheit der KVD. Streitigkeiten in der Honorarfrage kann es zwischen dem Arzt und den Krankenkassen nicht mehr geben, auch keine wirtschaftliche Abhängigkeit des Arztes von der Krankenkasse. Meinungsverschiedenheiten und die Höhe der Bezahlung werden von der Krankenkasse mit der KVD ausgemacht und Meinungsverschiedenheiten mit den einzelnen Aerzten erledigt die Aerzteschaft selbst.

Die Arzneimittelversorgung verschafft den Krankenkassen noch wirtschaftliche Sorgen. Sie spielt bei der hochentwickelten Pharmazeutischen Industrie in Deutschland eine erhebliche Rolle. In den Jahren vor der nationalsozialistischen Erhebung gab es ein Arzneiverordnungsbuch, das dem Kassenarzt geradezu unerhörte Fesseln anlegte und ihm jede Freude an wissenschaftlicher Arbeit nahm. Die Beseitigung der Arzneiverordnungsbücher erfolgte aus einer zwingenden Notwendigkeit heraus, weil sie den Kassenarzt in unsinniger Weise einschränken und ihm selbst dann nicht gestatten, ein Heilmittel, das zwar nicht im Arzneibuch stand, das der Arzt aber wirkungsvoller hielt, zu verschreiben, wenn es preiswerter war. Gewiß soll keine schrankenlose Vielverschreiberei entstehen, aber es gibt auch andere Möglichkeiten dies zu verhindern z. B. den Regelbetrag, der von den Kassen ebenfalls nur zu oft engherzig gehandhabt wurde. Unter dem Regelbetrag versteht man eine für einen bestimmten Zeitraum ausgesetzte Summe für jeden Behandlungsfall, über den hinaus keine Medikamente verordnet werden dürfen (Tornau). Der Regelbetrag beträgt bei einem praktischen Arzt 4,50 RM für das Vierteljahr. So hat die deutsche Aerzteschaft durch die Einführung des Regelbetrages den Beweis erbracht für ein Verständnis der Aerzteschaft für die Sozialversicherung. Die KVD hat dafür gesorgt, daß der einzelne Arzt den Krankenkassen garantierte, daß sein Arzneimittelverbrauch eine bestimmte Höhe im Durchschnitt je Behandlungsfall nicht überschreitet und macht den Arzt haftbar, der dieses Maß nicht eingehalten hat. Wird die vorgeschriebene Grenze überschritten, so wird der Arzt regreßpflichtig und muß einen Teil des überschießenden Betrages selbst tragen. Die Ueberprüfung der Verschreibweise der Aerzte und die endgültige Festsetzung der Haft-

summe der Aerzte erfolgt wiederum durch die KVD. Der Regelbetrag ist so gewählt, daß jeder Arzt entsprechend seiner medizinischen Ueberzeugung handeln kann und Freiheit in der Verordnung der Arzneimittel hat. Es sind dem Arzt keine bestimmten Mittel mehr vorgeschrieben, die er verschreiben darf, sondern er ist in der Auswahl der Arzneimittel unbeschränkt. Er kann den Arzneischatz voll verwerten, und jeder medizinischen Richtung ist hier die Freiheit gelassen, um sie dem Gebiete der Sozialversicherung zugute kommen zu lassen (5, 23).

Ueberall ergeben sich aus der Zusammenarbeit zwischen Trägern der Sozialversicherung einerseits und der Aerzteschaft andererseits aus ihrem Zusammenwirken für ein gemeinsames Ziel Entwicklungsmöglichkeiten, mit deren Ausbau in Deutschland noch nicht abgeschlossen ist. Ungeahnte Erfolge hat die Sozialversicherung im Laufe von 50 Jahren erreicht, und es wird diese Zusammenarbeit von 2 Selbstverwaltungseinrichtungen, der der Aerzteschaft und der der Sozialversicherung in Deutschland, mit Verständnis beobachtet, um in ehrlichem Bemühen beide, die Sozialversicherung und die Aerzteschaft, ihrem gemeinsamen Ziele, dem Dienst an der Gesundheit des Volkes, näherzuführen.

III. Der Arzt in der Sozialversicherung.

a) Der Arzt in der Krankenversicherung.

Millionen deutscher Arbeitsmenschen mit ihren Familienangehörigen, rund $^1/_3$ des deutschen Volkes, werden von der Sozialversicherung erfaßt und zwar in der Kranken-, Unfall-, Invaliden-, Knappschafts- und Arbeitslosenversicherung. Es gibt in Deutschland das Mehrheitssystem, d. h. die gesamte deutsche Sozialversicherung ist in mehrere Versicherungszweige getrennt (10). Die einzelnen Sozialversicherungszweige haben es sich zur Aufgabe gemacht, die aus der Verwertung der Arbeitskraft entstehenden gesundheitlichen Schäden zu heilen und den Arbeitsmenschen für die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wirtschaftlich zu sichern. Zur Erfüllung dieser Aufgaben mußte die Stellung des Arztes unbedingt gehoben werden. Ohne Arzt können die Aufgaben der Sozialversicherung nicht gelöst werden. Aus diesem Grunde wurde durch die Initiative des Reichsärzteführeres Dr. Wagner den Kassenärzten die Gleichberechtigung mit den Versicherungsträgern eingeräumt (7), ihnen das Recht zur beruflichen Selbstverwaltung verliehen und der Stand als selbständiger wichtiger Faktor in den Organismus der Sozialversicherung eingegliedert.

Die Pflicht des Arztes ist es daher, mehr denn je sich mit der Sozialversicherung und mit ihrer Gesetzgebung zu befassen. Denn nur dann, wenn er über die Maßnahmen des nationalsozialistischen Staates in der Neuordnung der Sozialversicherungen auf dem Lau-

fenden ist, wird er sich ganz einsetzen können für das letzte zu erreichende Ziel, nämlich daß die Sozialversicherung in nicht zu ferner Zukunft endgültig den Menschen eine ausreichende und würdige Unterstützung ermöglicht.

Die ärztliche Versorgung hinsichtlich des kranken Arbeitnehmers geschieht durch die Krankenversicherung. Die Krankenversicherung ist nach Art und Häufigkeit ihrer Versicherungsfälle (Krankheit ohne oder mit Arbeitsunfähigkeit, Niederkunft, Tod) gewissermaßen die Sozialversicherung des täglichen Lebens (16). Die Krankenversicherung beruht heute in Deutschland auf der Reichsversicherungsordnung und dem Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934. Die Träger der deutschen Krankenversicherung sind die Krankenkassen. Weicksel unterscheidet in der Krankenversicherung:

1. Hauptversicherungsträger: die allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen,
2. Nebenversicherungsträger: die Betriebs- und Innungskrankenkassen und die Ersatzkrankenkassen.

Die Krankenkassen bilden nach der Verordnung vom 6. September 1937 Reichsverbände. Diese sind rechtsfähig und führen zu ihrem Namen den Zusatz: Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen, welche allein fast 13 Millionen Versicherte umfassen, sind hauptsächlich für gewerblich Beschäftigte, für Hausgehilfen, Arbeiter, Lehrlinge, Gesellen bestimmt, während die Landkrankenkassen für forst- und landwirtschaftliche Beschäftigte in Frage kommen. In den Betriebskrankenkassen sind die Arbeiter des betreffenden Betriebs und in den Innungskrankenkassen die Angehörigen der zuständigen Innung versichert. Als besondere Kasse kommt als Trägerin der Seekrankenversicherung die Seekrankenkasse in Frage, in der alle Seeleute, die bei der Seeberufsgenossenschaft gegen Unfall versichert sind, der Krankenversicherungspflicht unterliegen. Somit sind hier auch zum Unterschied von den Ortskrankenkassen die angestellten Aerzte d. h. die Schiffsärzte krankenversicherungspflichtig, da dieselben zugleich in der Seeberufsgenossenschaft mitversichert sein müssen.

Die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung erstreckt sich nach § 165 der RVO auf folgende Personen, die kraft Gesetzes mit oder ohne ihren Willen pflichtversichert sind. Arbeiter, Betriebsbeamte, Handlungsgehilfen, Bühnenmitglieder und Musiker ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen, weiterhin Lehrer und Erzieher. Die Versicherungspflicht tritt nur ein, wenn die genannten Personen sich in einem Beschäftigungsverhältnis befinden und zwar wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden. Eine weitere Voraussetzung für den Eintritt der Versicherungspflicht ist die Nichtüberschreitung der festgesetzten Jahresarbeitsverdienstgrenze. Diese Einkommengrenze beträgt 3 600 RM. Sie gilt nur für Angestellte, dagegen nicht für Arbeiter.

Die hauptsächlich finanziellen Mittel der Krankenversicherung — die Beiträge — sind also von den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu zahlen. Nach dem Gesetz vom 5. Juli 1934 sind aber künftig Beiträge aller Versicherungszweige mit Ausnahme der Unfallversicherung von den Versicherten und ihren Unternehmern gemeinsam zu gleichen Teilen aufzubringen. Trotzdem besteht die alte Lastenverteilung auch nach dem Inkrafttreten des Aufbaugesetzes weiter, wonach die Versicherungspflichtigen $^2/_3$ und ihre Arbeitgeber $^1/_3$ der Beiträge zu zahlen haben.

Voraussetzung für die Gewährung der Leistungen der deutschen Krankenversicherung ist der Eintritt eines bestimmten Versicherungsfalles. Der Versicherungsfall ist das Ereignis oder der Zustand, bei dessen Eintreten die Versicherungsleistungen zu gewähren sind, z. B. Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaftsbeschwerden, Entbindungen, Stillen des Kindes, Sterbefall.

Als Versicherungsleistungen gelten:

1. Krankenhilfe,
2. Wochenhilfe,
3. Sterbegeld,
4. Familienhilfe,
5. Kostentragung für Maßnahmen zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Die Leistungsansprüche sind im allgemeinen in 3 Gruppen eingeteilt:

Regel-, Mehr-, Kannleistungen.

I. Unter Regelleistungen versteht man in der Krankenversicherung vorgesehene Pflichtleistungen, auf die der Versicherte Rechtsansprüche hat.

II. Die Mehrleistungen — soweit das Gesetz sie zuläßt — sind in der Satzung besonders festzulegen. Sie können sich neben anderen erstrecken auf Erhöhung des Kranken-, Haus- und Sterbegeldes, Gewährung von Taschengeld an Krankenhauspfleglinge, Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung sowie auf Verlängerung der Dauer der Krankenhilfe; auch ein „Schwangerengeld“ kann zugebilligt werden.

Seit dem 1. Januar 1932 ist die Gewährung von Mehrleistungen erheblich eingeschränkt, sogar bis auf weiteres aufgehoben worden. Das Oberversicherungsamt kann allerdings die Wiedereinführung von Mehrleistungen gestatten, jedoch nur dann, wenn die Krankenkasse keinen höheren Betrag als 5 v. H. des Grundlohnes erhebt. Dagegen sind auch bei einem Beitragssatz von mehr als 5 v. H. des Grundlohnes Satzungsbestimmungen für folgende Mehrleistungen zulässig:

a) Fürsorge für Genesende oder Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen der einzelnen Kassenmitglieder; diese Leistun-

gen dürfen jedoch für den einzelnen Versicherten innerhalb eines Jahres die Dauer eines Monats nicht übersteigen.

b) In der Familienkrankenpflege Uebernahme der Kosten für Arzneien und kleinere Heilmittel bis zu 70 v. H.

III. Kannleistungen: dies sind Sonderleistungen der Krankenkasse, auf die der Versicherte keinen Rechtsanspruch hat. Es sind bei Gewährung dieser nur freiwillige Leistungen; z. B. anstelle von Krankengeld und Krankenpflege kann eine Kasse auch Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewähren.
Die Versicherungsleistungen der Krankenkassen umfassen:

a) Krankenhilfe (§ 182 ff. der RVO), bestehend aus Krankenpflege und Krankengeld bezw. Krankenhauspflege und Hauspflege. Die Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien sowie Brillen, Bruchbänder und anderen kleineren Heilmitteln. Die ärztliche Behandlung wird nur von einem bestallten Arzt geleistet, der als Kassenarzt zugelassen ist. Nur bei Lebensgefahr des Versicherten kann die erste Hilfeleistung ein bei der Kasse nicht verpflichteter Arzt zugezogen werden. Der Kassenarzt soll seine Patienten gewissenhaft betreuen, er soll mit den ihm zur Verfügung stehenden Heilmitteln sorgsam umgehen und soll die erlaubten Sonderleistungen, d. h. die Kannleistungen, nur dann in Anspruch nehmen, wenn es für den Patienten zweckmäßig erscheint. In der Arzneiverordnung ist er angehalten, bei gleichwertigen Mitteln immer das preiswertere zu verschreiben.

Voraussetzung für die Zahlung von Krankengeld ist eine bestehende Krankheit (24). Diese muß vom Arzt auf einem Krankenschein bescheinigt werden. Das Krankengeld wird gewährt in Höhe des halben Grundlohnes für jeden Kalendertag, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht; es wird vom 4. Tage der Arbeitsunfähigkeit an gewährt, also auch für Sonn- und Feiertage. Die Dauer der Leistungen der Krankenhilfe wird in bestimmter Weise begrenzt. Als Regelleistung endet sie mit Ablauf von 26 Wochen nach Beginn der Krankheit. Ist jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tag an bezogen, so hört die Regelleistung 26 Wochen nach diesem Tag auf. Da der Bezug von Krankengeld erheblich später als der Beginn der ärztlichen Behandlung einsetzen kann, so ist es unter Umständen möglich, daß die Unterstützungsdauer sich längstens auf fast das Doppelte von 26 Wochen erweitert und zwar dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit bezw. der Bezug von Krankengeld noch kurz vor Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit eintritt und anhält. Eine Verlängerung der Unterstützungsdauer tritt auch bei Krankengeldbezug ein, wenn dieser durch eine Zeit unterbrochen wird, in der die Kasse nur Krankenpflege lei-

stet; diese Zeit wird auf die Dauer des Krankengeldbezuges bis auf 13 Wochen nicht angerechnet (20). Eine Aussteuerung erfolgt stets, wenn 26 Wochen lang ein fortlaufender Krankheitsfall vorgelegen hat, d. h. der Versicherte muß 26 Wochen lang arbeitsunfähig krank gewesen sein, oder es muß wenigstens 26 Wochen lang die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung oder der Versorgung mit Arznei oder kleineren Heilmitteln bestanden haben. Nach erfolgter Aussteuerung besteht dann kein neuer Anspruch mehr an die Kasse, selbst wenn noch eine Krankenpflege infolge Fortbestehens der Krankheit oder noch eine andere Krankheit vorliegen sollte, deretwegen der Versicherte nicht ausgesteuert wurde. Ehe der Versicherte wieder Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse hat, muß erst wieder ein neuer Versicherungsfall vorliegen.

Die Anwendung der Vorschriften über die Beendigung der Leistungsdauer setzt einen einheitlichen Versicherungsfall voraus, der darin besteht, daß ein fortdauernder krankhafter Zustand vorhanden ist, der ärztliche Behandlung oder Anwendung von Arznei bezw. Heilmittel notwendig macht oder Arbeitsunfähigkeit hervorruft. Auf die Ursache des Zustandes kommt es nicht an (Scherler). Bricht ein Kranker während einer Krankheit ein Bein, so tritt durch den Beinbruch keine neue Unterstüzungsfrist in Lauf, weil nämlich im versicherungstechnischen Sinne die Krankheit lediglich als Zustand, ohne Rücksicht auf die Ursache oder Erscheinungsform, den Leistungsgrund ergibt. Ist dagegen der Krankheitszustand behoben, sodaß nach objektiver Beurteilung weder ärztliche Behandlung notwendig war noch Arbeitsunfähigkeit bestand und tritt nach einem sogenannten krankheitsfreien Zwischenraum eine neue Krankheit oder sogar ein Rückfall auf, so liegt ein neuer Versicherungsfall vor. Allerdings ist hier die Voraussetzung für den Versicherten, ehe er wieder als Pflichtmitglied in der Kasse aufgenommen werden kann, daß er vor seiner Neuaufnahme eine Zeitlang nachweislich gesund gewesen ist, wozu ein ärztliches Attest erforderlich ist.

Bezüglich der Kannleistungen der Krankenkasse muß der Arzt insofern Bescheid wissen, als an Stelle von Krankengeld und Krankenpflege auch Kur und Verpflegung dem Patienten in einem Krankenhaus gewährt werden kann. Der Versicherte hat keinen Rechtsanspruch für diese Kannleistungen. Die Krankenkasse kann von sich aus die Aufnahme ins Krankenhaus veranlassen. Die Genehmigung zur Krankenhausbehandlung soll aber nach Möglichkeit nicht versagt werden, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung der Pflege verlangt,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Zustand oder das Verhalten des Kranken eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

Eine Ausnahmestellung bezüglich der Krankenhauspflege nehmen die Hausgehilfen ein, denen ausdrücklich ein Anspruch auf eine erweiterte Krankenpflege zugebilligt ist. Die Krankenkasse hat auf Antrag eines Hausgehilfen statt Krankenpflege Aufnahme in ein Krankenhaus zu gewähren, wenn die Art der Krankheit eine Pflege verlangt. Zu den Kannleistungen gehört weiter auch die sogenannte Hauspflege, d. h. die Gewährung von Hilfe und Wartung auch Krankenpfleger und Krankenschwestern, neben der ärztlichen Behandlung insbesondere dann, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus zwar geboten, aber nicht durchführbar ist. Desgleichen zählt zu den Kannleistungen die Gewährung von Kur und Verpflegung an Wöchnerinnen in Wöchnerinnenheimen oder Hilfe und Pflege durch Hauspflegerinnen (§ 196 RVO).

Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung auf unentgeltliche Krankenhilfe dient der Krankenschein, den der Versicherte gegen eine Gebühr von 0,25 RM durch seine Krankenkasse bezw. seinen Arbeitgeber erhält. Desgleichen hat der Versicherte für jedes Rezept einen Beitrag zu den Kosten für Arzneien, Heil- und Stärkungsmitteln in Höhe von 0,25 RM — jedoch nicht mehr als den Preis des verordneten Medikamentes — zu entrichten. Ist mit der Krankheit Arbeitsunfähigkeit verbunden und dauert diese länger als 10 Tage, so ist für Arzneien, die nach dem Ablauf von 10 Tagen während der Arbeitsunfähigkeit noch notwendig werden, der Kostenbeitrag nicht zu zahlen.
Von der Krankenschein- und Verordnungsgebühr sind befreit:

1. Arbeitslose, die Haupt- oder Krisenunterstützung beziehen oder als Ausgesteuerte Leistungen der öffentlichen Fürsorge erhalten,
2. Rentenempfänger der Invaliden-, Unfall- und Angestelltenversicherung, Schwerverletzte oder Schwerbeschädigte als Rentner nach der Reichsversorgung,
3. Tuberkulose und Geschlechtskranke, die von ihrer Fürsorge- oder Beratungsstelle eine Bescheinigung über ihre Bedürftigkeit beibringen (§ 182 b der RVO).

b) Wochenhilfe (§ 195 a der Reichsversicherungsordnung). Die weiblichen Versicherten erhalten nur dann eine Wochenhilfe, wenn eine Wartezeit erfüllt ist. § 195 a der RVO besagt: Wochenhilfe wird den weiblichen Versicherten nur dann gewährt, wenn sie in den letzten 2 Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate, im letzten Jahre aber mindestens 6 Monate hindurch versichert waren. Die genannten Zeiträume von 2 Jahren und einem Jahr verlängern sich um die Zeit, während der eine Versicherte von der öffentlichen Fürsorge unterstützt worden ist. Die Wochenhilfe erstreckt sich auf:

1. Hebammenhilfe bei der Entbindung oder Schwangerschaftsbeschwerden sowie, falls erforderlich, ärztliche Behandlung,
2. Arzneien, kleinere Heilmittel (z. B. die sogenannte Wochenbettpakkung),

3. einen einmaligen Betrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von 10,— RM; findet keine Entbindung statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden 6,— RM zu zahlen,
4. Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 0,50 RM täglich für 4 Wochen vor und 6 Wochen unmittelbar nach der Niederkunft. Die Dauer der Wochengeldbezüge vor der Entbindung wird auf 2 weitere Wochen ausgedehnt, wenn die Schwangere während der Zeit keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt und vom Arzt festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich innerhalb 6 Wochen stattfindet. Irrt sich der Arzt und erfolgt die Entbindung später, so muß der Schwangeren das Wochengeld auch über 6 Wochen hinaus bis zur Entbindung gezahlt werden. Die Kassen erheben in solchen Fällen Beschwerde gegen den Arzt, wenn sie glauben, dem Arzt Fahrlässigkeit nach § 276 BGB oder ein Verschulden nachweisen zu können. Der Arzt kann von der Kasse zur Zahlung der für die Kasse dadurch entstandenen Mehrausgaben herangezogen werden. Deshalb muß jeder Arzt, bevor er ein solches Attest ausstellt, die Schwangere gründlich untersuchen und, wenn notwendig, gemeinsam mit dem Vertrauensarzt Unklarheiten richtigstellen, um die Krankenkasse vor unbegründetem Schaden zu bewahren (20).
5. Stillgeld wird bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft in Höhe des halben Krankengeldes, mindestens aber 0,25 RM täglich, gezahlt.

Mit Zustimmung der Wöchnerin (§ 196 RVO) kann die Kasse an Stelle des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim oder Hilfe durch Hauspflege gewähren.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum rechnungsmäßigen Ende des Bezugspreises an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt (§ 195 a Abs. 6 RVO).

Der Anspruch auf Wochenhilfe bleibt beim Vorliegen der übrigen Voraussetzungen auch dann bestehen, wenn die Versicherte wegen ihrer Schwangerschaft innerhalb 6 Wochen vor der Entbindung aus der Versicherung ausgeschieden ist (§ 195 a Abs. 1 RVO).

c) Als weitere Regelleistung gewähren die Krankenkassen ein Sterbegeld, das zur Deckung der Bestattungskosten bestimmt ist. Dieses Sterbegeld wird beim Tode des Versicherten in Höhe des zwanzigfachen Grundlohnes ausgezahlt (§ 201 RVO). Die Satzung kann das Sterbegeld bis zum 40-fachen des Grundlohnes erhöhen, auch den Mindestbetrag bis zu 50 RM festsetzen (§ 201 bis § 204 RVO). Weiterhin wird das Sterbegeld auch bezahlt, wenn ein als Mitglied der Kasse Erkrankter binnen einem Jahr nach Ablauf der Krankenhilfe (Aussteuerung) an derselben Krankheit stirbt und bis zum Tode arbeitsunfähig gewesen ist. Laut Entscheidungen ist unter „derselben" Krankheit der gleiche pathologische Vorgang „dieselbe nicht behobene Krankheitsursache"

zu verstehen. Sie liegt nicht vor, wenn der Kranke wegen der großen Schmerzen Selbstmord begangen hat (Scherler).

d) Familienhilfe (§ 205 RVO). Bei Versicherten mit unterhaltungsberechtigten Ehegatten und Kindern sowie an Kindes Statt angenommenen Kindern wird als Pflichtleistung die Familienhilfe gewährt. Voraussetzung ist hierfür aber allgemein, daß der Versicherte innerhalb der letzten 6 Monate mindestens 3 Monate versichert war. Die Behandlungsdauer erstreckt sich auf 13 Wochen, die Kosten für Arzneien und kleinere Heilmittel werden zur Hälfte übernommen. Hinsichtlich der Familienwochenhilfe erhalten diese Ehefrauen sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, sofern die Versicherten in den letzten 2 Jahren mindestens 10 Monate, im letzten Jahr aber mindestens 6 Monate, hindurch versichert gewesen sind.
Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb 9 Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern, ist Voraussetzung, daß sie mit dem Versicherten bis zu seinem Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Anspruchberechtigt ist die Schwangere oder Wöchnerin. Stirbt eine Wöchnerin, so erfolgen auch hier die Zahlungen an denjenigen, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

e) Als letzte Leistung übernehmen die Krankenkassen die Kosten für Maßnahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (14. Juli 1933). Seitdem überwachen sie auch die Kosten des ärztlichen Eingriffes zur Unfruchtbarmachung für ihre Mitglieder und deren Familienangehörige. Die Kosten werden nicht aus dem Pauschalhonorar der Krankenkassen bestritten, sondern neben diesem gezahlt und zwar in einem Pauschalvertrag, der nach einer Vereinbarung vom 12. August 1937 zwischen der KVD und den Kassen beträgt:

a) für die Unfruchtbarmachung einer Frau 50,— RM
a) für die Unfruchtbarmachung eines Mannes 25,— RM

Sollte eine Kastration durch Bestrahlung erfolgen, so gelten diese Beträge nicht. Die Krankenkasse muß alle diese Kosten bei allen den Personen tragen, die ihr im maßgebenden Zeitpunkt angehören, sei es als Versicherte, sei es als deren Familienangehörige (s. § 13 Abs. 2 Erbkr. G. v. 14. Juli 1933, 26. Juni 1935 und 4. Februar 1936).

Der Kassenarzt wird nur dann seine Tätigkeit ordnungsgemäß ausüben, wenn er sich in den Grundbegriffen und den Leistungen der Krankenversicherung auskennt. Das Aufgabengebiet des Arztes in der Krankenversicherung ist, wie aus den obigen Darlegungen ersichtlich, außerordentlich umfangreich und vielseitig. Es umfaßt neben der ärztlichen Behandlung in der Hauptsache die Begutachtun-

gen der Arbeitsunfähigkeit und der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, sowie die Feststellung des voraussichtlichen Zeitpunktes der Entbindung. Zu den weiteren Aufgaben hinsichtlich der Krankenversicherung gehören die Gutachten über besondere Heilmethoden, Anträge auf Verschickungen in Genesungsheime oder Heilanstalten. Auch über Betriebs- und andere Unfälle hat der Arzt auf Anfragen der Kasse Auskünfte zu erteilen, die meist einen gutachtlichen Charakter tragen und deshalb für den Versicherten und die Kasse von großer Bedeutung sind. Der Arzt tut gut daran, auch in seinem eigenen Interesse auf die Führung eines Krankentagebuches oder Karteikarte besonderen Wert zu legen, damit er zu jeder Zeit in der Lage ist, Anfragen der Krankenkassen gewissenhaft und erschöpfend zu beantworten.

Gerade während der Behandlung eines Patienten sind vom Arzt täglich wichtige gutachtliche Erwägungen zu fällen (24). Wenn dies auch nur in kurzen Bescheinigungen zum Ausdruck kommt, so erfüllt der Kassenarzt gerade mit dieser Seite seiner Wirksamkeit eine vertragsmäßig übernommene, wichtige Aufgabe, die für den Versicherungsträger von weitgehender finanzieller Bedeutung sein kann. Die Aerzte handeln ja dauernd als Gutachter, indem sie bei Krankmeldungen über den Befund des Kassenpatienten ein Gesamturteil abzugeben haben.

Deshalb beachte ich es für sehr wesentlich, daß der Arzt in den Zweigen der Sozialversicherung die gutachtliche Tätigkeit besonders sorgfältig auffaßt. Das ärztliche Gutachten stellt im rechtlichen Sinne eine Urkunde dar. Der oberste Grundsatz für den Arzt muß der sein: strengste Objektivität und Unparteilichkeit. Das bezieht sich nicht nur auf jedes Gutachten, sondern auf jedes ärztliche Zeugnis, selbst auf den Krankenschein. Im Gutachten muß der Untersuchungsbefund und Tatbestand medizinisch und versicherungsrechtlich festgesetzt werden (24). Die gestellten Fragen müssen klar beantwortet werden. Nur der Arzt kann ein sorgfältiger und guter Gutachter sein, der medizinisch vorgebildet ist und in den Fragen der Versicherung hinreichende Kenntnis besitzt. Der ärztliche Sachverständige muß immer bestrebt sein, zu einer einwandfreien Klärung des Sachverhalts und zu einer gerechten Erledigung der Ansprüche des Untersuchten beizutragen. Ist er nicht in der Lage dazu oder fehlen ihm die notwendigen Erfahrungen und Kenntnisse — z. B. bei Spezialgutachten —, so soll er einen weiteren Gutachter zu Rate ziehen.

Handelt nun der Arzt aus Gutmütigkeit zu Gunsten seiner Patienten, so verpflichtet er die Kasse oft zu unbegründeten Leistungen und entzieht somit Mittel denen, die tatsächlich hilfebedürftig sind. Er verletzt damit weiter die Pflicht eines völlig objektiven Gutachters und fügt sowohl den Krankenkassen als auch den Versicherten einen Schaden zu, der letzten Endes wiederum ein Schaden der Allgemeinheit ist.

Daß ein guter Arzt sich mit den Begriffen in der Krankenversicherung vertraut macht z. B. über Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, ist für ihn eine selbstverständliche Pflicht. Im andern Falle wird er nicht in der Lage sein, den Anforderungen zu entsprechen, die an ihn insbesondere von der KVD in seiner Eigenschaft als Kassenarzt, aber auch als Vertreter eines Kassenarztes, gestellt werden (20). Diese Kenntnisse sind umsomehr erforderlich, als die versicherungsrechtlichen Festlegungen in mancher Hinsicht mit medizinischen Auffassungen nicht ohne weiteres übereinstimmen. In seinem ärztlichen Handeln ist aber der Kassenarzt nicht weniger frei als der Privatarzt. Unkenntnis der geltenden Vorschriften und ihre unrichtige Auslegung können sich nicht zuletzt auch zum Schaden des Kranken auswirken, abgesehen von den Unzuträglichkeiten, die alsdann für den Arzt nicht ausbleiben.

Täglich tritt an den Arzt die Frage heran, ob ein Versicherter arbeitsunfähig krank ist oder nicht, ob eine laufende ärztliche Behandlung sich nötig macht oder ob eine Krankenhauspflege erforderlich ist, falls nicht, ob der arbeitsunfähige Versicherte ausgehen darf: insbesondere aber die Frage auf dem Krankenschein: „Besteht Arbeitsunfähigkeit", so ist auf Grund der ersten Untersuchung des Kranken bei den leichteren und häufigen Krankheiten, z. B. Nervenschwäche oder Rheumatismus, oft nie leicht zu beantworten. Der Arzt muß in solchen Fällen einige Tage lang den Patienten beobachten, vor allem dann, wenn die Angaben des Patienten in Bezug auf Schmerzen übertrieben erscheinen. Der Arzt tut dann seine Pflicht, auch wenn er erst nach mehrmaliger Untersuchung zu einem endgültigen Urteil kommt. Wenn er dem Versicherten nun bescheinigt, daß er arbeitsunfähig krank ist, so muß sich der Arzt natürlich auch über den Begriff der Krankheit eine Vorstellung machen. Der medizinische Begriff der Krankheit wird weiter gefaßt als der versicherungsrechtliche. Die Definierung des Krankheitsbegriffes könnte etwa so lauten: „Krank ist der Mensch, der sich nicht im Vollbesitz seiner physischen Kräfte befindet" (Weicksel). In der RVO dagegen versteht man unter „Krankheit" einen solchen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, während dauernde fehlerhafte Zustände des Körpers, die eine ärztliche Behandlung nicht erfordern, keine Krankheiten im Sinne der RVO sind. So kann eine Krankheit in medizinischem Sinne gegeben sein, ohne daß das Befinden des davon Betroffenen die Notwendigkeit einer Krankenpflege zur Folge hat, oder ohne daß der Zustand von Arbeitsunfähigkeit begleitet ist.

Körperliche Mißbildung, Gebrechen sind im Sinne einer Krankenversicherung keine Krankheit; sie werden es aber dann, wenn in ihrem Zustand eine Verschlechterung eintritt, die ärztliche Behandlung notwendig macht oder den bisher bestandenen Grad der Ar-

beitsunfähigkeit derart beeinträchtigt, daß der Versicherte seiner bisherigen Beschäftigung nicht mehr nachgehen kann.

Fernerhin ist ein angeborener Sprachfehler keine Krankheit, auch dann nicht, wenn zwar eine Fachbehandlung erwünscht, eine dauernde Heilung aber ausgeschlossen ist; es liegt eine Krankheit im versicherungstechnischen Sinne vor, wenn beispielsweise nur Sprachfehler als Folge eines Traumas, eines Karzinoms oder sonstigen Leidens auftritt.

Menstruation, Schwangerschaft, Entbindung bei regelmäßigem Verlauf und ohne besondere Beschwerden gelten nicht als Krankheit (20). Sollte die Menstruation dagegen sehr heftige Schmerzen verursachen oder die Schwangerschaft anormal verlaufen, so sind diese Vorgänge als pathalogische Erscheinungen medizinisch und versicherungsrechtlich zu beweisen (24).

Die Krankheit beginnt mit dem Augenblick, in dem entweder zuerst ärztliche Behandlung oder Heilmittel erforderlich werden oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. Dabei bleibt unberücksichtigt, ob der Versicherte im medizinischen Sinne schon vorher als krank zu betrachten war (z. B. die Inkubationszeit bei Infektionskrankheiten). Muß der Beginn der Krankheit im Rechtssinne schon von der ersten Inanspruchnahme des Arztes nachgewiesen werden, so kann dies durch ein ärztliches Gutachten bewiesen werden. Hinsichtlich der RVO muß stets beachtet werden, ob die Krankheit mit oder ohne Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Sie dauert so lange fort, als der Versicherte arbeitsunfähig ist oder für ihn die Notwendigkeit einer Heilbehandlung objektiv vorliegt. Eine Krankheit ist also nicht behoben, wenn der Kranke wieder arbeitsfähig wird, sondern erst dann, wenn er keiner Heilbehandlung mehr bedarf. Eine Krankheit ist demnach beendet, wenn weder die Notwendigkeit einer weiteren ärztlichen Behandlung besteht noch Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Arbeitsunfähigkeit besteht so lange im Sinne der Krankenversicherung, wenn der Kranke seine gegenwärtige Arbeit infolge der Krankheit nicht verrichten kann. Arbeitsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn bei Feststellung der Arbeit die wahre Gefahr einer wesentlichen Verschlimmerung besteht. Der Arzt soll deshalb die Versicherten nicht nur für leichte Arbeiten arbeitsfähig schreiben, denn eine Teilarbeitsfähigkeit gibt es in der Krankenversicherung nicht. Entweder ist der Kranke arbeitsunfähig, oder er ist es nicht (20, 24).

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wird im allgemeinen von dem Arzt am besten unternommen, der seine Kranken kennt. Ist der Arzt sich im Unklaren, ob eine mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit bei seinem Patienten vorliegt, so besteht für ihn jederzeit die Möglichkeit eine fachärztliche Untersuchung einzuleiten oder eine Beobachtung im Krankenhaus durchzuführen. Sollte der Kranke schwer erkrankt sein, oder sollte es sich um eine ansteckende Krankheit handeln, die die Umgebung gefährdet, dann wird der Arzt sich entschließen müssen, den Kranken in ein Kranken-

haus zu überweisen. Er soll dies auch immer dann vornehmen, wenn es sich um Verdacht auf Krankheiten handelt, die durch das gewöhnliche diagnostische Rüstzeug der Praxis nicht hinreichend sicher erkannt werden können.

Bevor nun die ärztliche Behandlung einsetzt, muß der Versicherte sich einen Krankenschein besorgen, den die Kasse ausstellt. Mit diesem Schein begibt sich der Versicherte zum Arzt. Der Arzt muß die Vorlage des Krankenscheins verlangen, er muß dies tun, weil mancher Versicherte, wenn er vorher behandelt wird, beim späteren Nachbringen des Scheines sehr säumig ist. In Eilfällen muß der Arzt natürlich seine Hilfe sofort leisten, unabhängig von der späteren Beibringung des Krankenscheins. Der Arzt füllt den Schein aus; ein Duplikat davon ist als Beleg für die Kasse bestimmt. Auf dem Belegschein für den Arzt werden auf der Rückseite die Leistungen für das laufende Vierteljahr eingetragen, und dieser Beleg wird nach Schluß des Vierteljahres mit der Rechnung eingereicht. Dieser Krankenschein ist als Zeugnis ebenso verantwortungsvoll und das Ausfüllen desselben erfordert dieselbe Objektivität wie die Ausstellung jedes anderen Gutachtens. Besonders die Frage auf dem Krankenschein betreffend Arbeitsunfähigkeit ist eingehend zu überprüfen. Welche Krankheiten werden vom Arzt zur Beurteilung als arbeitsunfähig angesehen?

Alle Erkältungskrankheiten, die mit Fieber auftreten, sind mit Arbeitsunfähigkeit verbunden (24). Hierbei macht die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für den Arzt keine erheblichen Schwierigkeiten. Wenn die akuten Symptome abgeklungen sind, braucht der Patient noch einige Tage der Erholung, sodaß unter normalen Verhältnissen eine fieberhafte Erkältungskrankheit nach 8 bis 14 Tagen als geheilt zu betrachten ist. Sollte z. B. eine Grippe länger als 3 Wochen anhalten, so ist möglichst eine fachärztliche Nachuntersuchung zu veranlassen. Es müßte daher an eine versteckte frische Lungentuberkulose gedacht werden. Weicksel hält an der Regel fest, daß bei jeder über 3 Wochen dauernden Erkältungskrankheit eine Röntgendurchleuchtung vorgenommen wird, und wenn die Röntgenuntersuchung eine Verschattung aufweisen sollte, die sowohl von einer unspezifischen bronchopneumonischen Infiltration, als auch von einem tuberkulösen Infiltrat herrühren kann, so veranlasse der praktische Arzt jedenfalls eine fachärztliche Lungenuntersuchung.

Lungentuberkulosen, überhaupt alle tuberkulös erkrankten Menschen, bei denen auch körperliche Arbeit die Gefahr einer Verschlimmerung gegeben ist, sind als arbeitsunfähig zu schreiben.

Ebenso bei Herzerkrankungen schwerster Art, z. B. arhytmia perpetua, Myocardschädigungen und akuter Herzdilatation, besteht immer Arbeitsunfähigkeit.

Diese wenigen Beispiele mögen aus der Fülle genügen, um den Begriff der Arbeitsunfähigkeit richtig angewandt zu erläutern. Die Arbeitsunfähigkeit ist beendet, wenn der Versicherte wieder fähig

ist die Arbeit zu verrichten, die er vorher ausgeführt hat. Bei der Bescheinigung des Endes der Arbeitsunfähigkeit hat der Arzt und der kassenärztliche Vertreter folgende Bestimmung zu beachten (§ 216 Abs. 3 der RVO): Endet die Arbeitsunfähigkeit an einem Sonntag oder einem staatlich anerkannten Feiertag, so wird dieser Tag für das Krankengeld nicht mitgezählt. Die Versicherten kennen diese Ausführungsbestimmung und treten häufig genug an den Arzt mit dem Anliegen heran, sie beispielsweise nicht für den Montag, sondern für den darauffolgenden Tag arbeitsfähig zu schreiben. In diesem Falle würden sie noch für Sonntag und Montag Krankengeld erhalten. Wird dagegen der Patient für Montag arbeitsfähig erklärt, so erstreckt sich der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld nur bis einschließlich Sonnabend. Im andern Fall würde also die Kasse zu Unrecht mit zwei weiteren Krankengeldtagen belastet, ein Umstand, der bei der großen Zahl der Kassenmitglieder und auf ein Jahr umgerechnet einen beachtlichen Mehraufwand der Krankenkassen bedingt. Die Kassen sollen ja mit geringem Beitrag das Bestmöglichste leisten. Dies ist aber nur möglich, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel immer dort eingesetzt werden, wo sie zur Heilung von Krankheiten notwendig sind, daß aber geheilte Patienten von dem Termin an, wo sie gesund sind, auch vom behandelnden Arzt gesund geschrieben werden.

Der Kassenarzt ist in seiner Tätigkeit gleichzeitig behandelnder Arzt und Gutachter. Er soll dem Kranken helfen, er soll aber auch auf der anderen Seite unberechtigten Ansprüchen des Kranken an die Versicherung entgegentreten. Beides kann trotz bestem Willen bei jedem Arzt nicht vereinigt werden. Deshalb haben die Kassen ärztliche Berater verpflichtet, die Vertrauensärzte, die insbesondere die gutachtliche Tätigkeit übernehmen sollen. Zu jeder Krankenkasse gehört ein hauptamtlicher oder nebenamtlicher Vertrauensarzt (8).

In früherer Zeit waren die Vertrauensärzte Angestellte der Krankenkasse; ihre Tätigkeit wurde von den Krankenkassen vielfach so aufgefaßt, daß sie nicht unabhängige Gutachter seien, sondern daß sie die Interessen der Kassen vertreten müßten. Der vertrauensärztliche Dienst in seiner heutigen Gestalt erhält seinen Rahmen durch die Verordnung im Jahre 1934, in denen die Gemeinschaftsaufgaben festgelegt wurden, d. h. Aufgaben, die die Landesversicherungsanstalt und die Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung gemeinsam für ihren Bezirk durchführten. Es gibt somit nicht mehr einen Vertrauensarzt der einzelnen Krankenkasse, sondern aus den Mitteln ihres Einkommens führen die Krankenkassen bestimmte Beträge an die Landesversicherungsanstalt ab zur Erledigung dieser Gemeinschaftsaufgaben. Die neue Gesetzgebung hat nämlich der Landesversicherungsanstalt eine Anzahl von Gemeinschaftsaufgaben auf dem Gebiete der Krankenversicherung zugewiesen (13). Hierzu gehört die vorbeugende Tätigkeit der Krankenkasse, z. B. die Unterhaltung beson-

derer Kuranstalten und Genesungsheime und die Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes. Der Vertrauensarzt ist demnach eingegliedert in eine großzügige Organisation, deren Leiter der Landesvertrauensarzt für den ganzen Bezirk ist.

Der Vertrauensarzt ist der unabhängige medizinische Berater der Krankenkasse (14). Das Kernstück des vertrauensärztlichen Dienstes bleibt selbstverständlich die Nachuntersuchung der arbeitsunfähigen Kranken. Allerdings mit wesentlichen Unterschieden gegenüber früher; heute werden nicht nur die Arbeitsunfähigen nachuntersucht, sondern auch die Gesunden oder noch Arbeitsfähigen bei eingeschränkter Gesundheit; heute handelt es sich nicht nur darum: ist der Mann arbeitsfähig oder nicht, sondern auch vordringlich: was geschieht mit dem Volksgenossen zweckmäßig? Ist er gesundheitlich gefährdet, soll er zur Erholung oder Heilung verschickt werden? Steht er am richtigen Arbeitsplatz? So versteht es sich von selbst, daß nicht jeder Vertrauensarzt immer die gleichen Aufgaben hat (8). Es richtet sich je nach den örtlichen Verhältnissen. Weiterhin gehören zu den Aufgaben des Vertrauensarztes die Begutachtung von Anträgen auf Einweisung in ein Krankenhaus oder in eine Heilstätte oder ein Genesungsheim, sowie die Ueberwachung der Dauer der Krankenpflege. Vor der Gewährung von Sonderleistungen sind sie über deren Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu hören. Außerdem hat der Vertrauensarzt statistische Arbeiten zur Ueberprüfung des Krankenstandes durchzuführen. Er legt für jeden Untersuchten — diese Vorschrift (§ 369 RVO) ist neu und erweitert — eine Karteikarte an, die ihn sein Leben lang begleitet. Diese enthält neben den Angaben über seine Person, seinen Arbeitsplatz, seine Familie, alle Angaben, die für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten von Bedeutung sein können, etwaige frühere Erkrankungen, Beschädigungen, Renten, Angaben über Röntgenaufnahmen oder Durchleuchtungen, frühere Untersuchungsprotokolle, Verschickungen, Krankenhausaufnahmen, Krankheiten in der Familie.

An Aufgaben allgemeiner Art, das ist gegenüber früher in der allgemeinen Verpflichtung neu und für die allgemeine Gesundheitspflege von größter Bedeutung, obliegen dem Vertrauensarzt die Mitwirkung bei der fürsorgerischen Erfassung von Krankheiten, insbesondere von Volkskrankheiten, ferner die Beratung und Unterstützung der Kassen und Landesversicherungsanstalten bei allen Angelegenheiten, die auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge, der Erb- und Rassenpflege, zur Aufgabe der Krankenversicherung gehören. Wichtig für den Versicherungsarzt ist fernerhin die Gemeinschaftsarbeit mit den Gesundheitsämtern. Zur Bestätigung der Unfruchtbarkeit der Ehefrauen haben die Vertrauensärzte festzustellen, ob die Unfruchtbarkeit bestehbar ist, ob aus gesundheitlichen Gründen keine Bedenken gegen die Vornahme der Operation bestehen und ob nicht Unfruchtbarkeit des Ehemanns vorliegt. Die erbge-

sundheitliche Begutachtung obliegt jedoch in diesem Falle den Gesundheitsämtern, die ihrerseits ergänzende Untersuchung beim vertrauensärztlichen Dienst beantragen können.

Die Nachuntersuchung eines Arbeitsunfähigen wird im allgemeinen von der Krankenkasse veranlaßt. Wenn jemand z. B. wegen einer gewöhnlichen Angina 4—5 Wochen lang arbeitsunfähig ist und Krankengeld bezieht, so wird die Krankenkasse eine Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt anordnen. Der Versicherte wird durch den Vertrauensarzt zur Untersuchung vorgeladen und wird ihn, wenn die Möglichkeit besteht, gesund schreiben, ohne den behandelnden Arzt darum zu fragen. In einem anderen Falle, wo bei einem behandelnden Versicherten wirklich Krankenhausbehandlung notwendig wird, hält es die Krankenkasse für zweifelhaft. Zu diesem Zwecke wird für die Krankenkasse das Gutachten des Kassenarztes maßgebend sein und zwar auch dann, wenn der behandelnde Arzt anderer Ansicht ist. Sollte ein Kranker auffällig lange im Krankenhaus behalten werden, so steht dem Vertrauensarzt das Recht einer Untersuchung des Kranken zu. Der Vertrauensarzt hat das Recht, sich nötigenfalls unmittelbar bei den Krankenanstaltsärzten die Unterlagen (Krankengeschichte, Röntgenfilme) für sein Gutachten zu beschaffen und sogar Kranke selbst in Gegenwart des behandelnden Arztes zu untersuchen (14). Bei Anträgen auf Gewährung besonders kostspieliger Heilmittel (Bruchbänder, teure Brillen, Kur in den Heimen) wird seine Ansicht maßgebend sein.

Aus diesen Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes ergeben sich auch die Rechte und Pflichten des Vertrauensarztes. Er ist Beamter oder Angestellter der Landesversicherungsanstalt und steht daher zur einzelnen Kasse in keinem Vertragsverhältnis. Trotz dieser die Unabhängigkeit von der Einzelkasse fördernden Trennung müssen die Beziehungen zwischen Kasse und Vertrauensarzt möglichst eng sein (Scherler), besonders wegen der gesetzlichen Verpflichtung, die Krankenkasse bei der Durchführung ihrer gesetzlichen und satzungsmäßigen Aufgaben in jeder Weise zu unterstützen und zu beraten. Damit ist der vertrauensärztliche Dienst gleichfalls mit den dazu berufenen Gruppen der Aerzteschaft in die Gesundheitsführung des deutschen Volkes eingeschaltet, wobei der Erfolg davon abhängig ist, daß er diese Aufgaben im engsten Einvernehmen und verständnisvoller Mitarbeit der Aerzteschaft erfüllt.

b) Der Arzt in der Unfallversicherung.

Im Gegensatz zur Krankenversicherung ist die Unfallversicherung keine unmittelbare und vorbehaltlose Personenversicherung, sondern eine Versicherung bestimmter, insbesondere unfallgefährdeter Betriebe und Tätigkeiten (§ 537 ff. der RVO).

Nach der Definition des Reichsversicherungsamtes ist der Unfall ein plötzliches, die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit schädi-

gendes Ereignis. Für den Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung bei einem Unfall in einem Betriebe entsteht, lastet der Unternehmer. Die Vereinigung aller Unternehmer der im Gesetz aufgezählten Betriebe ist die Berufsgenossenschaft, der Träger der Unfallversicherung. Es handelt sich hier um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Reichsversicherungsamts unterstehen.

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind alle Arbeiter und Angestellte zwangsweise gegen Betriebsunfälle und Berufskrankheiten versichert, wenn sie in sogenannten versicherungspflichtigen, d. h. unfallgefährdeten Betrieben tätig sind, oder wenn sie eine für versicherungspflichtig erklärte Tätigkeit ausüben. Dem Umfange nach, der an Zahl versicherter Personen wird wohl die Unfallversicherung der größte Sozialversicherungszweig Deutschlands sein.

Versichert sind Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Betriebsbeamte, deren Jahresarbeitsverdienst eine bestimmte Summe nicht übersteigt. Die Versicherungspflicht beginnt mit der Eröffnung des als unfallgefährlich erklärten Betriebes. Jeder Unternehmer eines solchen Betriebs muß Mitglied einer Berufsgenossenschaft sein. Seine Mitgliedschaft beginnt ebenfalls mit der Eröffnung des Betriebs (§ 650 RVO).

Die Aufbringung der Mittel in der Unfallversicherung besteht in dem sogenannten Umlageverfahren, allerdings mit der Auflage einen Reservefonds zu bilden, der die kommenden Umlagen mildern soll (27). Die Berufsgenossenschaften sind sogar nach § 741 der RVO verpflichtet, Rücklagen anzusammeln und zwar werden die Rücklagen durch Zuschläge zu den Entschädigungsbeträgen gebildet (§ 742 RVO). Die Mittel der Unfallversicherung sind von den Arbeitgebern allein in Form von Beiträgen aufzubringen; die Versicherten bezahlen demnach keine Beiträge. Die Beiträge sind umsohöher, je gefährlicher der Betrieb für den einzelnen Arbeitnehmer ist.

Die Leistungen der deutschen Unfallversicherung werden gewährt:

1. bei Verletzung des Versicherten infolge eines Betriebsunfalles,
2. bei Erkrankung infolge einer Berufskrankheit,
3. beim Tod, der entweder von einem Betriebsunfall oder von einer Berufskrankheit verursacht ist.

Unter Betriebsunfällen sind nicht nur die Unfälle zu verstehen, die innerhalb eines Betriebes stattfinden, sondern der Begriff ist viel mehr weitergefaßt. Ob nun ein Unfall als Betriebsunfall anzusehen ist, darüber entscheiden die Versicherungsorgane. Der Betriebsunfall muß allerdings in einem inneren Zusammenhang mit der Beschäftigung des Versicherten im Betriebe entstanden sein.

Nach der RVO gilt als Beschäftigung im Betriebe auch:

a) der mit der Beschäftigung in diesem Betriebe zusammenhängende Weg nach und von der Arbeitsstätte (§ 545 a RVO),

b) die mit der Beschäftigung in diesem Betriebe zusammenhängende Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung der Arbeitsgeräte, auch wenn es vom Versicherten gestellt wird (§ 545 b RVO).

Um entschädigt zu werden, muß der Unfall mit großer, fast an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit, als Ursache der Erkrankung angenommen werden können. Hinsichtlich der Betriebsunfälle sieht § 557 der RVO eine ganze oder teilweise Versagung des Schadenersatzes dem Verletzten und den Hinterbliebenen vor, wenn der Verletzte sich den Unfall beim Begehen einer Handlung, die nach strafrechtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, zugezogen hat.

Als Regelleistungen bei Versicherungsfällen kommen in Betracht:

1. Krankenbehandlung,
2. Berufsfürsorge,
3. eine Rente oder Krankengeld, Tagegeld, Familiengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit,
4. Sterbegeld,
5. Hinterbliebenenrente und
6. Unfallverhütung.

Die Leistungen der Unfallversicherung fallen oft mit denen der Krankenversicherung zusammen. In diesem Falle werden die Leistungen beider Versicherungen nicht nebeneinander gewährt. Zwischen beiden Versicherungszweigen besteht eine enge Verbundenheit. § 559 c der RVO besagt nämlich, daß die Verpflichtung zur Gewährung von Rente bei Verletzten, die auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert sind, mit dem Wegfall des Krankengeldes aus der Krankenversicherung beginnt, spätestens aber mit der 27. Woche nach dem Unfall. Was aber die Krankenpflege der Krankenversicherung betrifft, so hat die zuerst in Anspruch genommene Kasse Krankenpflege nach ihrem Rechte zu gewähren (§ 559 g RVO). Wenn jedoch die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse anzeigt, daß sie an einem bestimmten Tage mit der Krankenbehandlung beginnen werde, endet mit dem Beginn dieses Tages die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung von Krankenpflege (§ 559 g, 2 RVO).

Die Krankenbehandlung und die Berufsfürsorge sollen mit allen geeigneten Mitteln,

1. die durch den Unfall hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperschädigung und die durch den Unfall verursachte Erwerbsunfähigkeit beseitigen und eine Verschlimmerung verhüten,
2. den Verletzten zur Wiederaufnahme seines früheren Berufs oder, wenn das nicht möglich ist, zur Aufnahme eines neuen Berufs befähigen und ihm zur Erlangung einer Arbeitsstelle verhelfen (§ 558 a RVO)

Die Leistung der Unfallversicherung (Krankenbehandlung) erstreckt sich nach § 558 h auf: ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern; weiterhin aber Pflege zu gewähren, solange der Verletzte infolge des Unfalles so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann. Die Berufsgenossenschaft kann als Krankenbehandlung freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt oder freier Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt gewähren (§ 558 d der RVO).

Im Gegensatz zur Krankenversicherung wird bei der Unfallversicherung für die Gewährung von Krankenbehandlung kein Krankenschein verlangt und keine Krankenscheingebühr erhoben.

Die Berufsfürsorge erfüllt eine wichtige Aufgabe in der Unfallversicherung, indem sie für die Wiedereinführung des Verletzten in das Wirtschaftsleben sorgt. Dieselbe umfaßt die berufliche Ausbildung zur Wiedereingewinnung des alten Berufes oder Hilfe zur Erlangung einer neuen Arbeitsstätte (24). Der Verletzte soll soweit wieder hergestellt werden, daß er seinen alten Beruf wieder ergreifen kann und wenn dies nicht möglich ist, so soll er ggf. für einen neuen Beruf auf Kosten der Berufsgenossenschaft umgeschult werden. Die Berufsgenossenschaft hat die Pflicht, dem Verletzten zu helfen. Sie soll eine Heilung im sozialen Sinne durchzuführen versuchen. Zur Durchführung der Berufsfürsorge und der Krankenbehandlung bedarf es der Zusammenarbeit der Berufsgenossenschaft mit den Kassen und den Aerzten. Der behandelnde Arzt muß hier mit Rat und Tat der Genossenschaft zur Seite stehen. Je früher, energischer und zweckentsprechender eine Behandlung von Seiten des Arztes bei einem Verletzten durchgeführt wird, um so besser wird der Erfolg sein.

Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit erhält der Verletzte Geldleistungen in Form von Krankengeld, Unfallrente, Tage- und Familiengeld. Für den Arzt ist es besonders wichtig zu wissen, daß vom 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit an Rente oder Krankengeld gewährt werden, entweder von der Krankenversicherung — falls der Verletzte auch in der Krankenversicherung versichert ist — oder von der Unfallversicherung. Bis zur 13. Woche übernimmt die Krankenkasse die Behandlung; nur in Ausnahmefällen übernimmt die Unfallversicherung schon vorher die Behandlung. Nach der 13. Woche ist sie zur Uebernahme verpflichtet. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als 13 bezw. 26 Wochen, wird dem Versicherten nach Ablauf dieser Zeiten eine Unfallrente gewährt. Der Anspruch auf Unfallrente beginnt immer mit dem Tage nach dem Eintreten eines Betriebsunfalles oder einer Berufskrankheit. Sollte die Erwerbsunfähigkeit nicht länger als 14 bezw. 26 Wochen dauern, so wird dem Versicherten nur ein Krankengeld und keine Rente gezahlt werden.

Wenn nun der Verletzte voll erwerbsunfähig ist, dann erhält er die Vollrente, d. h. $^2/_3$ des Jahresarbeitsverdienstes. Bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit wird dagegen nur eine Teilrente gewährt. Um eine solche Rente gewähren zu können, wendet sich die Berufsgenossenschaft an den behandelnden Arzt, den sie zu dem sogenannten Rentengutachten auffordert. Der Arzt ist nun verpflichtet, über den Unfallschaden und den Verlauf der Wundbehandlung genauestens zu berichten und die Höhe der Erwerbsunfähigkeit in Prozenten anzugeben. Hierbei ist von allergrößter Bedeutung, daß jeder Arzt die durch die Senate des Reichsversicherungsamtes für die einzelnen Schäden festgesetzten Dauerrenten kennt.

Kann eine Rente eines Verletzten ihrer Höhe nach noch nicht als Dauerrente festgestellt werden, so ist der Versicherungsträger berechtigt, während der ersten 2 Jahre nach dem Unfall vorläufig eine Entschädigung festzustellen und nach Aenderung der Verhältnisse zu ändern. In dem Bescheid an den Verletzten ist zu bemerken, daß es sich um eine vorläufige Rente handelt.

Beansprucht der Verletzte wegen Aenderung der Verhältnisse die Erhöhung oder Wiedergewährung einer Rente, so hat er seinen Anspruch bei dem Versicherungsträger oder dem Versicherungsamt anzumelden. Spätestens aber mit Ablauf von 2 Jahren nach dem Unfall ist die Dauerrente festzustellen, sobald der Zustand des Verletzten eine gewisse Beständigkeit angenommen hat (§ 1585 Abs. 1, 2).

Denn nur, wenn der Arzt weiß, daß z. B. bei Verlust beider Unterschenkel 80% gewährt werden, wird er auch seine Renten entsprechend einsetzen können. Es ist dann für den Arzt von Bedeutung, wenn er eine Rententabelle zur Verfügung hat, auf der die Dauerrenten bezeichnet sind. Er kann dann in seinem Urteil nicht fehlgehen. Er wird seine Rente ganz objektiv einsetzen können und den Satz, den er angesetzt hat, auch überall mit aller Bestimmtheit vertreten. Allzu oft sind derartige Sätze den Aerzten nicht bekannt und dann entstehen große Unterschiede in der Festsetzung der Rente von Seiten des behandelnden Arztes und von Seiten des Vertrauensarztes. Der behandelnde Arzt muß im Falle des Unfalles den Arbeitsmenschen aufklären, inwieweit die Unfallversicherung sich heute für ihn einsetzen und entschädigen kann.

Der Arzt muß auch wissen, daß heute noch die Reichspräsidentennotverordnung vom 8. Dezember 1931 besteht, d. h. daß eine Rente nicht gewährt wird, wenn die Erwerbsunfähigkeit eines Verletzten um weniger als ein Fünftel oder 20 v. H. gemindert ist. Die Rente, die gerade 20 v. H. der Vollrente ausmacht, kommt nach 2jährigem Bezug wieder in Wegfall.

Wenn sich der Geschädigte nun mit der Entschädigung des Versicherungsträgers, d. h. der Berufsgenossenschaft nicht einverstanden erklärt, so findet eine endgültige Festsetzung der Rente durch

die Oberversicherungsämter statt. Gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamtes ist dann als letztes Rechtsmittel vielfach (nicht immer) eine oberste Entscheidung des Reichsversicherungsamtes zulässig. Das Einholen dieser Entscheidung wird mit dem Fachausdruck Rekurs bezeichnet. Das Reichsversicherungsamt entscheidet endgültig. Dem Arzt muß weiterhin bekannt sein, daß die Oberversicherungsämter den Regierungen angegliedert sind, den Regierungspräsidenten unterstehen, und daß ihre Abteilungsleiter Regierungsdirektoren sind. An diesem Oberversicherungsamt sitzt auch in den Spruchinstanzen ein Arzt, der die einzelnen Gutachten prüft, sich für oder gegen entscheidet oder die Einholung von Obergutachten vorschlägt. Diesen Oberversicherungsämtern ist der Arzt zur objektiven Abgabe von Zeugnissen, gutachtlichen Berichten, Aufzeichnungen und Auskünften verpflichtet.

Wenn der Geschädigte auch dort keine Hilfe erlangt, so wird er in sehr vielen Fällen, wenn er Berufung einlegt, den Arzt aufsuchen, um eine Bescheinigung zu erhalten, daß sein Zustand eine höhere Rente verlangt. Mit dieser Bescheinigung wendet er sich an die Deutsche Arbeitsfront, die die Vertretung der Geschädigten vor dem Oberversicherungsamt auf Anordnung ausschließlich ausübt. Zu diesem Zweck ist bei den einzelnen Gauamtsverwaltungen der Deutschen Arbeitsfront eine Schutzstelle für Sozialrecht geschaffen, die sich auch vom Arzt beraten läßt, um eine Berufung am Oberversicherungsamt durchzuführen. An diesen Stellen wird geprüft, ob eine Notwendigkeit der Durchführung des Prozesses vorliegt. Hier sollen die Arbeiterversicherten aufgeklärt werden, um nicht unnötig die Versicherungsträger zu belasten.

Weitere gesetzliche Bestimmungen lauten, daß Schwerverletzte, d. h. Verletzte, die mehr als 50 v. H. der Erwerbsunfähigkeit eingebüßt haben, außerdem Kinderzulagen in Höhe von 10 v. H. der Rente für jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr bekommen. Die Rente darf jedoch einschließlich der Kinderzulagen den Jahresarbeitsverdienst nicht übersteigen. Alle Renten werden nach dem Jahresarbeitsverdienst berechnet, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat (§ 563 RVO). Für die Rentenbemessung ist allerdings der Höchstbetrag von 9 200 RM vorgesehen. Dabei ist zu beachten, daß dieser Höchstbetrag keine Höchstverdienstgrenze für das Bestehen der Versicherungspflicht ist, wie z. B. bei der Krankenversicherung, sondern eine Höchstgrenze für die Gewährung von Leistungen.

Für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit erhält der Versicherte für diese Zeit ein Tagegeld, da während der Heilanstaltspflege oder der Anstaltspflege die Rente bezw. das Krankengeld wegfällt. Das Taschengeld entspricht jährlich insgesamt 1/20 des Jahresarbeitsverdienstes (§ 559 e, 2 RVO). Dazu erhalten die Angehörigen des Verletzten ein Familiengeld in Höhe der Rente, die ihnen bei dem Tode des Verletzten zustehen würde.

Jeder Unfall muß von dem Betriebsunternehmer innerhalb der ersten 3 Tage der Polizeibehörde gemeldet werden, wenigstens die Unfälle, die mit einer Tötung, einer schweren Beschädigung oder einer solchen Schädigung einhergehen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Tagen zur Folge hat. Wird ein Unfall nicht gemeldet, so ist er zur Vermeidung des Anspruchsverfalles spätestens 2 Jahre nach dem Unfall bei den Berufsgenossenschaften vom Verletzten anzumelden. Nach § 1559 der RVO ist die Polizeibehörde verpflichtet, schwere Unfälle, welche den Tod zur Folge haben und Unfallfolgen, die voraussichtlich mehr als 8 Wochen Erwerbsunfähigkeit bedingen, zu untersuchen. Die Polizeibehörde hat den Unfall auch dann zu untersuchen, wenn es ein nach diesem Gesetze zur Leistung Verpflichteter beantragt. Weiterhin ist es Aufgabe der Polizeibehörde, den Sachverhalt eingehend festzustellen. Durch die Untersuchung werden namentlich festgestellt: Veranlassung, Zeit, Ort, Hergang und Ort des Unfalles.

Beim Unfalltod eines Versicherten wird ein Sterbegeld gewährt, wenn der Tod entweder durch einen Betriebsunfall oder eine Berufskrankheit erfolgt ist. Nach § 586 RVO beträgt das Sterbegeld der fünfzehnte Teil des Jahresarbeitsverdienstes. Das Sterbegeld wird an denjenigen ausgezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Verbleibt ein Ueberschuß, so steht dieser den Hinterbliebenen zu.

Wenn ein Zusammenhang zwischen Unfall und danach eingetretenem Tod zweifelhaft ist, so kann durch die Berufsgenossenschaft die Sektion oder die Exhumierung angeordnet werden. Allerdings ist das Einverständnis der Angehörigen erforderlich. Wenn die Leichenöffnung verweigert wird, so laufen die Angehörigen Gefahr, ihrer Ansprüche verlustig zu gehen; denn sie müßten beweisen, daß der Tod eine Folge des Unfalles war. Gelingt ihnen dieses nicht, so erhält z. B. die Witwe von der Berufsgenossenschaft keine Witwenrente. Im bewiesenen Falle sind die Hinterbliebenenrenten beim Unfalltod eines Versicherten seinen Familienangehörigen vom Todestag ab zu gewähren. Die Witwe erhält eine Rente von 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen bis zum Tode oder ihrer Wiederverheiratung.

Die Berufsgenossenschaft hat bei einem Betriebsunfall und einer unfallversicherten Krankheit das Recht, jederzeit vom Unfalltage ab oder später das Heilverfahren zu übernehmen. Sie kann sich dabei der Mitwirkung der Krankenkasse, des Unternehmens und vor allen Dingen der Aerzte bedienen. Der behandelnde Arzt ist dabei verpflichtet, dem Unfallverletzten jede gebotene Hilfe zuteil werden zu lassen, besonders den etwa notwendigen Transportverband anzulegen und die sonst für den Transport nötigen ärztlichen Maßnahmen zu treffen, sowie über den Zustand des Verletzten und die Art der Behandlung die von der Berufsgenossenschaft gewünschte Auskunft zu geben (13). Das Verlangen einer besonderen Unfallanzeige kann sich auf alle Verletzungsfälle erstrecken oder auf bestimmte

Verletzungsfälle beschränkt werden. Die rechtzeitige Einleitung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens hängt davon ab, daß Krankenkasse und Versicherungsamt von dem Unfall unverzüglich benachrichtigt werden. Das Versicherungsamt gibt die Meldung an die zuständige Berufsgenossenschaft weiter. Das geschieht, abgesehen von der Unfallanzeige des Betriebsunternehmers, durch den für die Kasse auszustellenden Krankenschein. Die Krankenkasse hat den Krankenscheinvordruck so einzurichten, daß der Arzt darauf die Ursache der Erkrankung sowie die Betriebstätigkeit, der der Unfall zur Last gelegt wird, vermerken kann. Die Berufsgenossenschaften haben das größte Interesse daran, von allen nachteiligen Zwischenfällen (vorzeitiges Ausscheiden aus der Behandlung, verfrühte Entlassung aus dem Krankenhaus wegen Platzmangels) Kenntnis zu erhalten, auch wenn sie nicht in das Heilverfahren eingegriffen haben. Von derartigen Vorkommnissen soll der behandelnde Arzt der zuständigen Berufsgenossenschaft möglichst frühzeitig Mitteilung machen. Als behandelnder Arzt gilt der Arzt, der den Verletzten zur Zeit des berufsgenossenschaftlichen Eingreifens in das Heilverfahren behandelt. Findet zu dieser Zeit eine ärztliche Behandlung noch nicht oder nicht mehr statt, so kann die Berufsgenossenschaft die Unterstützung von dem Arzt verlangen, der den Verletzten die erste Hilfe geleistet hat. Der Arzt, der die erste Hilfe geleistet oder den Verletzten behandelt hat, ist verpflichtet, der Berufsgenossenschaft alle Auskünfte, Berichte, Zeugnisse und Gutachten zu erstatten. Der Arzt ist zur pünktlichen Erstattung verpflichtet. Die Frist beträgt, vom Tage des Eingangs ab gerechnet, längstens 8 Tage, bei Einzelanordnung des Heilverfahrens jedoch längstens 3 Tage, für Rentengutachten 3 Wochen. Der Arzt wird sich im notwendigen Umfange die regelmäßige und ausreichende Aufzeichnung derjenigen Umstände angelegen sein lassen, die für die Unfallentstehung und den Verlauf der Unfallerkrankung wesentlich sind. Man bezeichnet dies als Journalführung (13). Der Arzt muß genauestens eine Anamnese aufnehmen, aus der hervorgeht, ob überhaupt ein Unfall stattfand oder ob der Unfall durch eine frühere Erkrankung beeinflußt wurde. Es ist selbstverständlich, daß eine sorgfältige, ins Einzelne gehende Untersuchung stattfinden muß. Der Befund muß sofort schriftlich fixiert werden, da dies bei der Beurteilung der Unfallfolgen später sehr wichtig ist. Eine solche Fixierung ist auch nötig, da der Arzt sich selbst u. U. gegen den Vorwurf falscher Behandlung decken muß.

Die Entscheidung der Berufsgenossenschaft über die Leistungsfeststellung nach dem Unfall ergeht regelmäßig auf dem Wege des schriftlichen Bescheids an den Verletzten. Der Bescheid enthält alle Unterlagen, sodaß der Rentenempfänger jederzeit in der Lage ist, eine Nachprüfung vorzunehmen. Außerdem muß der Bescheid eine Rechtsmittelbelehrung enthalten, aus der der Verletzte entnehmen kann, daß der Bescheid rechtskräftig ist.

Im Sinne des Gesetzes werden die Berufskrankheiten seit der 1. Verordnung vom 1. 2. 1929 ebenso entschädigt, als wenn es sich um Unfälle gehandelt hätte. Ueber die Berufskrankheiten ist eine Verordnung des Reichsministers am 16. 12. 1936 (RGBl. I S. 1117) herausgegeben. Die einzelnen Berufskrankheiten sind in einer dem Gesetz beigegebenen Liste enthalten (es sind z. Zt. 26), nur diese Krankheiten sind Berufskrankheiten, wonach der Arzt sich zu richten hat. Unter einer Berufskrankheit versteht man eine solche Krankheit, durch welche eine wiederholte und längere Zeit wirkende Schädlichkeit auf den Organismus entsteht (24). Für die Gewährung von Leistungen der Unfallversicherung nach der Feststellung einer Berufskrankheit ist die Vorbedingung, daß die Krankheit auch tatsächlich bei einer Beschäftigung im Betriebe aufgetreten ist, der im Gesetz genannt wurde. So wird z. B. die Bleivergiftung nur dann als Berufskrankheit entschädigt, wenn der Betreffende in einer Blei- und Silberhütte tätig war. Besteht für einen Versicherten bei einer Weiterbeschäftigung in dem Betrieb die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entstehen, wiederentstehen oder sich verschlimmern wird, so soll ihm die Berufsgenossenschaft zur Unterlassung dieser Beschäftigung anhalten und ihn zum Ausgleich seiner hierdurch verursachten Minderung seines Verdienstes eine Uebergangsrente bis zur Hälfte der Vollrente oder ein Uebergangsgeld bis zur Höhe des Betrages der halben Jahresvollrente gewähren. Neben dieser Uebergangsrente ist die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu leisten.

Für den Arzt ist es daher eine Notwendigkeit zu wissen, daß er verpflichtet ist, das Auftreten von Berufskrankheiten, sowie den Verdacht einer solchen Erkrankung der Berufsgenossenschaft oder dem Landesgewerbeamt zu melden. Sollte ein Arzt die Anzeige garnicht oder nicht rechtzeitig erstatten, so kann der Gewerbearzt oder die Berufsgenossenschaft eine Bestrafung des Arztes bei der zuständigen Aerztekammer beantragen. Der zuständige Landesgewerbearzt soll daher nach der Meldung über die Berufskrankheiten den Erkrankten sobald als möglich untersuchen und der Berufsgenossenschaft ein Gutachten erstatten (24). Die möglichst rasche Anzeige ist notwendig, weil die Symptome infolge raschen Abklingens oder auch infolge Tod für eine spätere Beurteilung verloren gehen könnten. Es soll außerdem jede Schädigung des erkrankten Arbeitsmenschen durch Zeitversäumnis vermieden werden. Die Anzeige auf dem grünen Vordruck muß vollständig beantwortet werden. Der Arzt hat sich im Zweifelsfalle darum zu kümmern, ob der Fall etwa schon gemeldet ist. Mit der Anzeige hat der Arzt seine Pflicht getan.

Für die Begutachtung der Berufskrankheiten sind für den Arzt nach Koelsch folgende Fragen richtungsgebend:

1. Liegt überhaupt ein entschädigungspflichtiges Leiden vor? Besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und der krankhaften Störung? Hat die Berufsbeschädigung den derzeitigen Zustand wesentlich verursacht?
2. Welches sind die direkten Folgen und Krankheitszeichen der an-

geblichen Berufskrankheit? Bestehen indirekte Folgen und ist dadurch ein schon vorhandenes Leiden verschlimmert worden?

3. Besteht völlige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit? Wie steht es mit den Notwendigkeiten und Aussichten eines Heilverfahrens, mit Besserung und Gewöhnung? Liegt Simulation oder Dissimulation vor und ist Berufswechsel anzuraten?

Die Feststellung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen beruflicher Entschädigung und Erkrankung erfordert einen gewissen Grad von chemischen Kenntnissen. Der begutachtende Arzt, in diesem Falle der Gewerbearzt, muß die fraglichen Arbeitsvorgänge studieren und im Falle einer angenommenen Schädigung den Stoff untersuchen. Dabei hat der beruflich Geschädigte Untersuchungen, die zu prophylaktischen Zwecken nötig sind, an sich vornehmen zu lassen. Jede ärztliche Begutachtung über eine eingetretene Berufskrankheit ist als Urkunde anzusehen.

Wichtiger als die Entschädigung der bereits entstandenen Unfälle und Berufskrankheiten ist die Unfallverhütung. Die Berufsgenossenschaften kontrollieren im Einvernehmen mit der Deutschen Arbeitsfront die Betriebe durch die Unfallvertrauensmänner. Sie arbeiten Unfallvorschriften aus, sie machen dem Betriebsführer Vorschläge über verhängende Maßnahmen. Auch für Krankenhäuser und medizinische Betriebe hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Unfallversicherungsvorschriften herausgegeben. Bei Beschäftigungen, die zum Auftreten von Berufskrankheiten Anlaß geben können, ist der Unternehmer berechtigt und auf Anordnung der Berufsgenossenschaft verpflichtet, die einzustellenden Arbeitsmenschen vorher ärztlich untersuchen zu lassen.

Das Versicherungsamt läßt jeden Erkrankten durch einen geeigneten Arzt auf Kosten der Berufsgenossenschaft untersuchen. Die Berufsgenossenschaft läßt sich in ihren Maßnahmen durch einen Arzt ihres Vertrauens beraten. Dieser Arzt führt die Bezeichnung „Durchgangsarzt", er wird von der Berufsgenossenschaft im Einvernehmen mit der KVD bestellt. Um nicht dem Zufall zu überlassen, ob ein mehr oder weniger erfahrener Arzt die Behandlung übernimmt, ist von der Berufsgenossenschaft das Durchgangsarztverfahren und das sogenannte Verletzungsartenverfahren durchgeführt worden. Auf Verlangen der Berufsgenossenschaft hält die Krankenkasse sämtliche Unfallverletzte der Berufsgenossenschaft dazu an, sofort nach der Krankmeldung und möglichst noch vor der ersten Inanspruchnahme eines parktischen Arztes einen von der Berufsgenossenschaft bezeichneten Durchgangsarzt zu Rate zu ziehen. Dieser muß Chirurg mit besonderer Erfahrung auf dem Gebiete der Unfallheilkunde sein. Er bestimmt, ob ein Facharzt zugezogen oder ob die Kur in einer Heilanstalt durchgeführt werden soll. Der Durchgangsarzt hat weiterhin die Aufgabe, durch möglichst frühzeitige Untersuchung des Unfallverletzten seines Bezirks festzustellen, ob offene oder geschlossene fachärztliche berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung erforderlich ist oder ob kassenärzt-

liche oder selbstgewählte Behandlung ausreicht. In berufsgenossenschaftliche Krankenbehandlung sind alle Verletzten zu nehmen, die durch sie einem im Sinne rascherer und vollständigerer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wirksameren Heilverfahren zugeführt werden können. Als solche kommen in Betracht:

1. Verletzte, die voraussichtlich länger als 13 Wochen völlig oder teilweise erwerbsunfähig werden;
2. Verletzte, deren Arbeitsunfähigkeit sich voraussichtlich über die 8. Woche hinaus erstrecken wird;
3. Verletzte, bei denen die Möglichkeit besteht, durch besondere fachärztliche Behandlung die Arbeitsfähigkeit noch vor Ablauf der 8. Woche wieder herzustellen;
4. Verletzte, die zur Vermeidung von nachteiligen Folgen fachärztlicher Behandlung oder Beobachtung bedürfen.

Wo das Durchgangsarztverfahren besteht, hat jeder behandelnde Arzt, der einen Unfallverletzten in Behandlung bekommt, dafür zu sorgen, daß die Untersuchung durch den Durchgangsarzt sobald wie möglich erfolgen kann. Besonders hat er den Verletzten anzuhalten, spätestens am nächsten Tage den Durchgangsarzt aufzusuchen. Ist der Verletzte hierzu nicht in der Lage, benachrichtigt der Arzt unverzüglich den Durchgangsarzt. Der behandelnde Arzt erstattet in jedem Falle der Ueberweisung dem Durchgangsarzt einen kurzen Krankheitsbericht und übersendet ihn unmittelbar an den Durchgangsarzt. Der Durchgangsarzt äußert sich, soweit es von ihm verlangt wird, in der von der zuständigen berufsgenossenschaftlichen Stelle bestimmten Form über das Ergebnis der Untersuchung, namentlich darüber, ob die Diagnose und Behandlung richtig war, die ein praktischer Arzt bestimmt hat, falls erst dieser aufgesucht wurde; ob das bisherige Heilverfahren genügt und daher fortgesetzt werden kann und ob Heilanstaltspflege erforderlich ist. Die für erforderlich erachteten Heilmaßnahmen leitet er sofort ein. Wenn der Verletzte sich bereits in kassenärztlicher Behandlung befindet, wird der Kassenarzt von dem Durchgangsarzt oder der Berufsgenossenschaft benachrichtigt. Auch wenn der Durchgangsarzt in seiner Eigenschaft als Kassenarzt von dem Verletzten aufgesucht wird, hat er die Funktion als Durchgangsarzt nach den Bestimmungen auszuüben. Es ist selbstverständlich, daß der Verletzte die Wahl hat, wenn mehrere Durchgangsärzte am Ort sind, den aufzusuchen, den er will (13).

Dem Durchgangsverfahren ist das sogenannte Beratungsarztverfahren angegliedert. Die Berufsgenossenschaften können einzeln oder gemeinsam für bestimmte Bezirke

a) die praktischen Aerzte ermächtigen, diejenigen Unfallverletzten, bei denen sie zu irgendeiner Zeit die Einholung fachärztlichen Rats für angezeigt halten, dem Durchgangsarzt zur Untersuchung vorzustellen,
b) die praktischen Aerzte verpflichten, dies in allen Fällen zu tun, in denen sich Verletzte nach Abschluß des Heilverfahrens erneut krank

melden (während desselben Krankheitsfalles oder im Falle der Wiedererkrankung), es sei denn, daß der praktische Arzt die Behandlungsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit verneint,

c) den praktischen Aerzten die gleichen Verpflichtungen bei vorgeschriebenen, weniger schweren Verletzungsfällen auferlegen.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß alle Betriebsunfälle, welche nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sind, nicht mehr dem durchgangsärztlichen Verfahren zu unterwerfen sind, wenn die ärztliche Behandlung nicht länger als eine Woche dauert.

Von der Berufsgenossenschaft ist ein Verzeichnis von Verletzungsarten aufgestellt, die in der Regel fachärztlich stationäre Behandlung verlangen (12). Dazu gehören z. B. alle Oberschenkelbrüche, im übrigen alle offenen Brüche, alle schweren eitrigen Entzündungen, besonders an Hand und Fingern und große Weichteilverletzungen, besonders die der Bauchorgane. Soweit die Berufsgenossenschaften diese Verletzungsarten bezeichnet haben, überweist die Krankenkasse den Verletzten im Auftrage der zuständigen Berufsgenossenschaft unverzüglich einer hier in Betracht kommenden Heilanstalt. Der Unfallerkrankte muß sich der Behandlung unterwerfen, die die Berufsgenossenschaft durch den Arzt anordnet. Er muß sich auch mit einer Operation einverstanden erklären, die zur Wiederherstellung einer Erwerbsfähigkeit für nötig gehalten wird. Entzieht er sich der Operationspflicht und ist die Weigerung unbegründet, verliert der Unfallerkrankte den Anspruch auf Gewährung einer Rente.

Die Berufsgenossenschaft ist dem Arzt gegenüber zur Bezahlung der Behandlung eines Verletzten nur verpflichtet, wenn sie den Arzt mit der Behandlung beauftragt hat und auch dann für die Zeit nach Erteilung des Auftrages. Hat die Berufsgenossenschaft keinen Auftrag erteilt, steht dem Arzt ein Anspruch nur gegen die Krankenkasse oder, wenn die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind, nur gegen den Verletzten selbst als Privatpatienten zu. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der jeweils geltenden Preußischen Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte (Preugo) maßgebend. Die Liquidation erfolgt bei der Berufsgenossenschaft ohne Vermittlung der KVD.

c) Der Arzt in der Invalidenversicherung.

Die Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung wird in dem Aufbaugesetz vom 5. Juli 1934 als Rentenversicherung der Arbeiter bezeichnet. Was die Neuerung des Aufbaugesetzes anbetrifft, so hat das Gesetz die Träger der Kranken- und Invalidenversicherung für bestimmte Aufgaben zu einer einheitlichen Organisation verbunden und dementsprechend die Aufgaben der Landesversicherungsanstalt erweitert:

Die Invalidenversicherung bezweckt die Versorgung des alternden Lohnarbeiters und ähnlicher werktätiger Personen, aber nicht die der

Angestellten, für die die Angestelltenversicherung zuständig ist. Träger der Invalidenversicherung sind die Landesversicherungsanstalten, die in Preußen der Provinzialversicherung angegliedert sind. Es gibt in Deutschland 28 Landesversicherungsanstalten. Der Leiter einer Landesversicherungsanstalt ist ein höherer Beamter des Landes. Stellvertreter des Leiters müssen Beamte des höheren Dienstes sein. Ebenso wie die übrigen Sozialversicherungszweige ist die Invalidenversicherung in der Hauptsache auf die Pflichtversicherung und Versicherungsberechtigung aufgebaut. Diese Versicherungspflicht erstreckt sich im wesentlichen auf die gleichen Personen wie in der Krankenversicherung. Versicherungspflichtig sind nach § 1226 RVO sämtliche Lohnempfänger: Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen, Gehilfen und Lehrlinge, Hausgewerbetreibende, die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und die Besetzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt mit Ausnahme von Offizieren und Verwaltern, sowie die in einer ähnlich gehobenen Stellung befindlichen Angestellten, soweit sie nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig sind. Voraussetzung hierbei ist, daß die versicherungspflichtigen Personen gegen Entgelt beschäftigt werden. Neben der Pflichtversicherung gibt es noch eine Versicherungsberechtigung, ebenso wie bei der Krankenversicherung 2 Arten: 1. die Selbstversicherung und 2. die Weiterversicherung.

1. Die Möglichkeit einer Selbstversicherung besteht nach § 1243 der RVO. Darunter versteht man den freiwilligen Eintritt in die Versicherung. Dieser freiwillige Eintritt muß vor Vollendung des 40. Lebensjahres erfolgt sein. In diese freiwillige Selbstversicherung können aufgenommen werden: Gewerbetreibende, welche in ihren Betrieben keine oder höchstens 2 Versicherungspflichtige beschäftigen und Personen, welche nur vorübergehende Dienste leisten, oder solche, die als Entgelt für ihre Arbeit nur freien Unterhalt bekommen.
3. Die freiwillige Weiterversicherung ist eine freiwillige Fortsetzung der Pflichtversicherung. Hierzu ist in der Invalidenversicherung jeder berechtigt, für den mindestens 1 Marke infolge der Pflichtversicherung verwendet worden ist.

Die Aufbringung der Mittel in der Invalidenversicherung für die Arbeiter besteht in dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (10). Die für die Durchführung der Aufgaben in der Invalidenversicherung notwendigen Mittel werden vom Reich, den Arbeitgebern und den Versicherten zusammen aufgebracht. Die Beiträge werden je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Versicherten getragen. Für einen Versicherten, dessen regelmäßiges wöchentliches Entgelt 6 RM nicht übersteigt, muß der Arbeitgeber den ganzen Beitrag allein tragen (§ 1342 Abs. 2 RVO). Die Beitragsentrichtung erfolgt durch Einkleben von Wochenmarken in die Quittungskarte (Invalidenkarte). Die Marken sind einheitlich für das ganze deutsche Reich festgelegt und müssen die Bezeichnung der Lohnklasse und des Geldwertes enthalten. Die Invalidenkarte wird gewöhnlich auf der Polizeibehörde ausgestellt. Der Versicherte ist verpflichtet, sich selbst die Quittungskarte ausstellen zu lassen und sie dann dem Arbeitgeber vorzutragen, damit dieser wöchentlich die Marken einklebt und entwertet. Die Quittungskarte soll vor allem Jahr und Tag der Ausstellung, Name, Beruf, Geburtstag und Ort des Versicherten enthalten. Das Versicherungsamt kontrolliert von Zeit

zu Zeit, ob die Marken richtig geklebt und durch Aufschreiben des Datums entwertet werden. Die Verantwortung, sowie die ordnungsmäßige Entwicklung der Beiträge trägt der Arbeitnehmer.

Der Anspruch auf Leistungen in der Invalidenversicherung setzt infolge der oft langen Leistungsdauer eine lang anhaltende Zugehörigkeit zur Versicherung und die Auszahlung größerer Beiträge voraus. Für die Berechnung der Beiträge sind 10 Lohn-Beitragsklassen für das ganze Reich gebildet worden. Für die versicherungspflichtigen Versicherten kommen nur die ersten 8 Klassen in Betracht. Die 10 Lohnklassen und ihre entsprechenden Beiträge sind nach §§ 1387—1390 RVO folgende:

Beitragsklasse	bei wöchentlichem Arbeitsverdienst von mehr als RM	bis zu RM	mit einem Wochenbeitrag von RM
I	—	6	0,30
II	6	12	0,60
III	12	18	0,90
IV	18	24	1,20
V	24	30	1,50
VI	30	36	1,80
VII	36	42	2,10
VIII	42	—	2,40
	für freiwillige Höherversicherung:		
IX	—	—	2,70
X	—	—	3,00

Diese zum Teil großen Leistungen in der Invalidenversicherung können nur erfüllt werden, wenn die Beiträge in genügendem Maße entrichtet worden sind. Dieses Maß wird im Gesetz über die Erfordernisse der Wartezeit und der Aufrechterhaltung der Anwartschaft ausgedrückt, wobei man unter Wartezeit diejenige Mindestversicherungsdauer versteht, die zurückgelegt sein muß, damit überhaupt ein Anspruch auf Leistungen gewährleistet ist. Die Wartezeit beträgt 260 Beitragswochen für Versicherungspflichtige. Handelt es sich um Personen, die früher versicherungspflichtig waren und die sich selbst versichert haben, oder um Personen, die sich freiwillig versicherten, so beträgt die Wartezeit 520 Beitragswochen. Sollte ein Versicherter zeitweilig ohne Arbeit sein, so legt er wohl größten Wert darauf, daß er nicht aus der Invalidenversicherung ausscheidet. Er muß die Anwartschaft aufrecht erhalten, andernfalls erlöschen seine Ansprüche. Zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft der Pflichtversicherten müssen für jedes Kalenderjahr mindestens 26 Wochenbeiträge entrichtet werden (§ 1264 RVO). Doch gibt es weitgehende Erleichterungen durch Einführung von Ersatzzeiten, in denen keine Beiträge entrichtet zu werden brauchen. Nach der RVO § 1267 sind als Ersatzzeiten anzurechnen, in denen der Versicherte

1. zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist,
2. seiner Arbeitsdienstpflicht genügt hat,

3. an einem anerkannten Lehrgang vom Reichsversicherungsamt teilgenommen hat,
4. durch Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit auszuüben,
5. als Arbeitsloser versicherungsmäßige Arbeitslosenunterstützung und Familienunterstützung erhalten hat.

Heiratet eine Versicherte, so erhält sie bei bestehender Anwartschaft die Hälfte der gezahlten Beiträge zurück.

Die Versicherungsleistungen erstrecken sich auf Gewährung von Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten sowie von Heilverfahren. Für die Gewährung von Invalidenrente ist nun neben der Erfüllung der Wartezeit und der Aufrechterhaltung der Anwartschaft aus den geleisteten Beiträgen der Eintritt des Versicherungsfalles erforderlich (16). Ein Rechtsanspruch auf Invalidenrente ist gegeben, wenn Invalidität vorliegt und die gesetzliche Altersgrenze von 65 Jahren erreicht ist. Bei Erreichung der Altersgrenze ist eine vorherige ärztliche Untersuchung nicht nötig. Wenn dagegen die Invalidität vor dem 65. Lebensjahr eingetreten zu sein scheint, so muß der Arzt dies bestätigen. Die Invalidenversicherung gewährt nach Erreichung des 65. Lebensjahres eine Rente, deren Höhe sich nach der Höhe der geklebten Beitragsmarken richtet. Im Durchschnitt schwankt die Rente zwischen 30—70 RM monatlich. Die Rente wird schon früher früher gewährt, wenn der Versicherte Invalide im Sinne des Gesetzes ist.

Der Arzt, welcher zur Untersuchung des Versicherten von der Landesversicherungsanstalt oder von einer Versicherungsbehörde herangezogen wird, muß den Begriff der Invalidität behrrschen. § 1254 der Reichsversicherungsordnung besagt:

> „Als Invalide gilt der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen."

Mit anderen Worten ausgedrückt ist invalide im Sinne des Gesetzes derjenige, der unter billiger Berücksichtigung seiner bisherigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt $66^2/_3\%$ erwerbsbeschränkt ist (14). Der Ausdruck invalide im Sinne der Invalidenversicherung deckt sich also nicht völlig mit dem allgemeinen Sprachgebrauch z. B. Kriegsinvalide oder Unfallinvalide. Bei Begutachtung durch den Arzt muß selbstverständlich der gesetzliche Invaliditätsbegriff maßgebend sein.

Wenn der Versicherte glaubt, auf Grund von § 1254 RVO Invalide zu sein, so reicht er seinen Antrag mit einem ärztlichen Attest beim Versicherungsamt ein. Von dort wird der Antrag an die Landesversicherungsanstalt weitergeleitet. Der Versicherungsträger

gibt auf einen solchen Antrag Bescheid, soweit eine ärztliche Untersuchung des Versicherten nicht erforderlich ist. In den allermeisten Fällen wird die Anstalt aber eine Untersuchung durch einen ihrer Vertrauensärzte veranlassen. Der Versicherte erhält darauf einen zusagenden oder einen ablehnenden Bescheid. Im Falle der Ablehnung hat der Versicherte das Recht, beim Oberversicherungsamt Berufung innerhalb eines Monats einzulegen. Das Oberversicherungsamt fällt seine Entscheidung gewöhnlich durch ein nochmaliges ärztliches Obergutachten. Auf Grund dieses Gutachtens fällt dann das Oberversicherungsamt das Urteil. Das Verfahren als solches erfordert im allgemeinen die Abhaltung eines mündlichen Verhandlungstermins, doch kann der Vorsitzende eine Vorentscheidung ohne solchen treffen. Gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamtes hat der Rentenbewerber binnen eines Monats das Rechtsmittel der Revision. Die Entscheidung des Falles ist beim Oberversicherungsamt endgültig. Ueber die Revision des Oberversicherungsamtes entscheidet das Reichsversicherungsamt. Das Reichsversicherungsamt fällt nur grundsätzliche Entscheidungen, und diese sind für die unteren Instanzen bindend (24).

Für den Arzt sind in der Begutachtung — bei Feststellung der Invalidität — die Verhältnisse des allgemeinen Arbeitsmarktes maßgebend (14, 24). Man kann also einen Versicherten auf gewisse Arbeiten in der ähnlichen Berufsgruppe verweisen. Für einen ungelernten Arbeiter ist deshalb die Arbeitsmöglichkeit eine sehr vielseitige; während beim Facharbeiter sich die Definition der Invalidität im gewissen Sinne schon der Berufsunfähigkeit nähert. Wenn z. B. ein Feinmechaniker auf Grund hochgradiger Kurzsichtigkeit seine Arbeit nicht mehr ausführen kann, so kann er nicht in einen Beruf als Gelegenheitsarbeiter umgeschult werden. Bei der Begutachtung für die Invalidenversicherung durch den Arzt spielt die Art der Entstehung des Leidens keine Rolle. Es ist gleichgültig, ob es sich um eine innere Erkrankung oder um Unfallfolgen oder andere Umstände handelt. Im Gutachten sind die einzelnen Diagnosen zu stellen. Eine weitere Aufgabe für den Arzt ergibt sich, indem er auf Grund seiner Untersuchung festzustellen hat, inwieweit der Versicherte erwerbsgemindert ist, und welcher Beschäftigung der Versicherte nach seinem Gesundheitszustand noch nachgehen kann. Es ist abzuschätzen, wieviel Prozent Erwerbseinbuße durch die einzelnen Leiden bedingt ist. Ergibt die Addition eine Prozentzahl von mehr als $66^2/_3\%$, so besteht Invalidität. Weiterhin ist ein Gutachten abzugeben, seit welcher Zeit der Untersuchte invalide ist. Wenn nicht besondere Umstände vorliegen, pflegt man hierfür den Tag der Anstellung durch den Versicherten einzusetzen. Die Untersuchung des Arztes muß deshalb sehr gewissenhaft, sachlich und exakt sein. Auf subjektive Beschwerden, die durch einen objektiven Befund nicht gestützt werden, kann eine Diagnose nicht gründen. Läßt sich eine Untersuchung in der Sprechstunde nicht einwandfrei

beurteilen, so kann der praktische Arzt Krankenhausbegutachtung beantragen. Durch eine allzu entgegenkommende Einschätzung werden die Rentenbewerber oft in ein aussichtsloses Rentenverfahren hineingetrieben. Außerdem schädigt der Rentenkampf das Ansehen des Arztberufs, insbesondere dann, wenn die ärztliche Nachbegutachtung zu anderen Resultaten führt.

Die Landesversicherungsanstalt unterhält für die Nachbegutachtung besondere Vertrauensärzte. Sollte der Vertrauensarzt gegenüber dem erstatteten Gutachten Bedenken haben, so hat er die Möglichkeit, die Begutachtung durch einen anderen Arzt zu veranlassen, damit die Diagnose gründlich und so ausführlich wie nur möglich gehalten ist. Das Bestreben von Seiten der Landesversicherungsanstalt erfordert dies, möglichst gleich nach dem Gutachten den Fall versicherungsrechtlich zu klären. Selbst bei Begutachtung eines Falles, der eine längere klinische Beobachtung erfordert, wäre ein Gutachten wesentlich billiger als ein sich über Monate hinziehender Aktenstreit.

Es gibt nun Erkrankungen, bei denen der Fall durch eine einzige ambulante Untersuchung fast nie endgültig geklärt werden kann, z. B. bei Verdacht auf Lungentuberkulose. Die Vornahme einer Röntgenuntersuchung ist dabei unerläßlich. Zweifelhafte Herzfälle, Nieren-, Stoffwechsel-, Magen- und Lebererkrankungen erfordern fast immer eine klinische Beobachtung, da bei diesen Erkrankungen oft Stoffwechseluntersuchungen, fraktionierte Magensaftuntersuchungen, Blutsenkungskontrollen, elektr. kardiographische Untersuchungen vorzunehmen sind (24). Da aber die gestörte Funktion eines oder mehrerer Organe den Versicherten in seiner Arbeit mehr oder weniger behindert, so muß sich der Arzt sehr genau darüber im klaren sein, welche Arbeiten er dem Versicherten bei seinem krankhaften Organbefund noch zutrauen kann. Er muß weiter über die Arbeit in dem betreffenden Betriebe unterrichtet sein, den Arbeitsrhythmus in dem Betriebe kennen und sich die verschiedene Arbeitstätigkeit in dem Betriebe genau ansehen.

Bei seiner Beurteilung muß der Arzt sich wiederholt fragen, für welche Arbeiten der Versicherte noch in Frage kommen könnte. Ob nun der Versicherte die vorgeschlagene Arbeit erhält, ist hier nicht gefragt. Aufgabe des Arztes und der Landesversicherungsanstalt ist es nicht, dem zu Untersuchenden eine Arbeit zu beschaffen, sondern dafür ist das Arbeitsamt zuständig.

Ergeben sich im Laufe der Zeit bei einem Invaliden, bei dem eine dauernde Invalidität vorlag, Anhaltspunkte dafür, daß sich sein Leiden gebessert hat, so veranlaßt die Invalidenversicherungsanstalt unter Umständen durch Vertrauensleute Ermittlungen nach dieser Richtung hin (14). Der Versicherungsträger wird eine erneute Begutachtung anordnen. Früher war es nur möglich, die Invalidenrente zu entziehen, wenn eine Besserung objektiv nachgewiesen werden konnte. Nach einer Gesetzänderung (§ 1293 RVO) war bis zum

31. Dezember 1937 die Entziehung der Rente auch möglich, wenn der Nachgutachter die Ansicht vertrat, daß die erste Begutachtung, die zur Gewährung der Rente führte, unrichtig war. Eine Besserung der Befunde brauchte nicht nachgewiesen zu werden. Somit sind jetzt mit dieser Verfügung insbesondere die Fälle getroffen worden, bei denen auf Grund falscher Voraussetzungen eine Rente ausgesprochen wurde. Harmlose inaktive Lungenspitzentuberkulose, bei der sich sonst nichts weiter fand, bei der auch keine Besserung eingetreten war, kann jetzt als Fall neu eingeschätzt werden.

Der praktische Arzt wird nur dem tatsächlich Berechtigten die Mittel der Invalidenversicherung zukommen lassen, diesem aber in so weitgehendem Maße, daß sie für den Betroffenen auch einen wirklichen Nutzen bedeuten. Gewährt ein Gutachter zu leicht Invalidenrente, so schädigt er damit andere Versicherte, die dann unter Umständen nicht mehr zu ihrem Rechte kommen können. Denn vielfach wurde eine Invalidenrente zu weitherzig gewährt, insbesondere in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, wo die Rentensucht der Bevölkerung zuzunehmen pflegte. Der Arzt muß immer bedenken, daß die einzelnen Zweige der Sozialversicherung keine Wohltätigkeitsanstalten sind, sondern Körperschaften, die mit ihren eigenen Einnahmen auskommen müssen.

Neben der dauernden Invalidität gibt es für den Versicherten auch eine vorübergehende Invalidität. Eine solche Invalidität liegt vor, wenn mit gewisser Wahrscheinlichkeit der Patient bald wieder erwerbsfähig wird, z. B. bei einer einseitigen frischen Lungentuberkulose. Anspruch auf Rente (Krankenrente) hat der Versicherte wegen vorübergehender Invalidität, wenn seine Invalidität ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat oder nach Wegfall des Krankengeldes — 26 Wochen — noch besteht (§ 1253 RVO). Die Invalidenversicherung stellt also hier eine Ergänzung der Krankenversicherung dar. Dauert eine Krankheit länger als 26 Wochen, so wird der Versicherte aus der Krankenversicherung ausgesteuert, d. h. er hat keinen Anspruch mehr auf ärztliche Behandlung oder Krankengeld. In diesen Fällen tritt — meistens zum Teil — die Invalidenversicherung ein. Sie zahlt dem Kranken, sofern er $66^2/_3\%$ erwerbsbeschränkt ist, an Stelle des Krankengeldes die vorübergehende Invalidenrente, die man in diesem Falle als Krankenrente bezeichnet.

Weitere gesetzliche Bestimmungen behandeln die Hinterbliebenenrenten. Sie werden beim Tode eines Versicherten gewährt unter der Voraussetzung, daß die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten wurde. Stirbt ein Versicherter, so hat seine Witwe Anspruch auf Witwenrente, wenn sie dauernd oder vorübergehend invalide ist im Sinne des Gesetzes. Sie erhält die Rente ohne besondere Untersuchung, wenn sie 65 Jahre alt geworden ist. Umgekehrt erhält sie der erwerbsunfähige bedürftige Ehemann nach dem Tode seiner versicherten Frau, wenn diese den Unterhalt ihrer Familie

überwiegend bestritten hat (§ 1257 RVO). Die Waisen der Versicherten erhalten Waisenrente bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

Beginn und Wegfall der Renten beginnen regelmäßig mit dem ersten Tage des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Voraussetzungen für ihre Gewährung erfüllt sind. Wird der Antrag später gestellt, so beginnt die Rente mit dem ersten Tage des Monats, der auf den Antragsmonat folgt (§ 1286 RVO). Die Rentenzahlungen hören auf mit dem Ablauf des Monats, in welchem der Rentenempfänger stirbt oder sich wieder verheiratet, oder das 15. Lebensjahr vollendet hat. Für Sterbemonat und den Monat, in dem das Ruhen der Rente eintritt, wird die Rente noch voll bezahlt (§ 1290 RVO).

Ein Heilverfahren kann von der Landesversicherungsanstalt eingeleitet werden, wenn zu erwarten ist, daß entweder die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abgewendet werden kann, oder daß der Empfänger einer Invaliden-, Witwen oder Witwerrente wieder erwerbsfähig werden wird (§ 1310 RVO). Die Träger der Invalidenversicherung sagen sich, daß Heilung für den Kranken und die Versicherung besser ist als Rentenzahlung. Sie gewährt bei chronischen Erkrankungen, z. B. Tuberkulose, außerdem unter Umständen noch bei frischen rheumatischen Erkrankungen, die erfahrungsgemäß nur durch besondere Heilstättenkuren geheilt werden können, ein Heilverfahren, sofern die Aussicht besteht, daß die Invalidität um mindestens 2 Jahre hinausgeschoben werden kann. Der behandelnde Arzt wird ggf. unmittelbar oder auf dem Wege über die Krankenkasse, ein Heilverfahren in Heilstätten vorschlagen. Die Landesversicherungsanstalt veranlaßt dann eine genaue Untersuchung durch einen Facharzt. Die Landesversicherungsanstalt unterhält heute sehr viel Heilstätten, in denen sie ihre Kranken behandeln kann. Während der Dauer des Heilverfahrens kann die entsprechende Rente ganz oder teilweise entzogen werden. Die Familienangehörigen des Erkrankten erhalten aber während des Heilverfahrens ein Hausgeld, vorausgesetzt, daß der Erkrankte sie überwiegend unterhalten hat (§ 1312 RVO). Wenn der Versicherte sich ohne triftigen Grund einem aussichtsvollen Heilverfahren entzieht, kann ihm die Rente für die Zeit, in der er dieses Heilverfahren ablehnt, ganz oder teilweise versagt werden.

Die Invalidenversicherung ist heute nicht mehr ein isoliertes Gebilde. Der Weg führt vom selbständigen Alters- und Invalidenversicherungsgesetz über die äußere Zusammenfassung in der Reichsversicherungsordnung zur inneren Einheit, zu der zunächst, dank der Verwandtschaft ihrer Aufgaben, die Krankenversicherung und die Invalidenversicherung zusammengeschlossen sind. Die Invalidenversicherung kann ihre Aufgaben nur erfüllen auf dem Unterbau leistungsfähiger Krankenkassen. Wenn beide für ihre Aufgaben Verständnis und vor den gegenseitigen Leistungen Achtung haben, wird

das Ziel durch eine einheitliche Zusammenfassung der Kräfte, die Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung zu stärken, zu beiderseitigem Nutzen erreicht werden (Storck).

IV. Zusammenfassung.

Zusammenfassend wäre zu sagen, daß der Arzt heute nicht mehr aus den Zweigen der Sozialversicherung wegzudenken ist. Des Arztes Arbeit ist Dienst am Ganzen, ist Hintanstellung des eigenen Persönlichen, ist unbegrenzte Verantwortlichkeit im Kleinen wie im Großen; sie verlangt darum auch bei der Tätigkeit für die Sozialversicherungszweige und zwar nicht nur vom Vertrauensarzt, sondern von allen mitarbeitenden Aerzten, ein großes Maß von Können und Verantwortungsbewußtsein (15). So müssen sich alle Aerzte voll und ganz für die Sozialversicherung einsetzen, in die sie ja durch die Gesetzgebung vom Jahre 1933 durch die Initiative des Reichsärzteführers eingeschaltet sind. Insbesondere müssen die Aerzte die schiefe Beurteilung von Wert und Sinn der Deutschen Sozialversicherung ausmerzen und dafür das Verständnis für die ethischen und staatspolitischen Grundgedanken wecken. Wenn alle so arbeiten und die Sozialversicherung wieder nach der Bismarck'schen Auffassung als eine Wirkungsform des praktischen Christentums ansehen, wird das Ziel, den Geschädigten hinreichend und voll zu vergüten, schneller erreicht werden. Die Aerzte müssen, wollen sie Aerzte sein und nicht nur Mediziner, ihren Beruf in der Versicherung sozialpolitisch sehen (13). Ihre Mitarbeit in der Versicherung dient dem Kranken.

Salus aegroti suprema lex.

Zum Schluß meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. Förster für die Ueberlassung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur

1. Bauer-Gropp-Walther: Der Arzt, Berlin 1938.
2. Coermann-Wagner: Deutsches Aerzterecht, Stuttgart 1938.
3. Engel: Von Zweck und Ziel der deutschen Reichsversicherung. Ztschr. Die Ortskrankenkasse, Ausg. A, 23. Jahrg., Nr. 1.
4. Engel-Eckert: Die Sozialversicherung im Dritten Reich, Berlin 1937.
5. Grote: Arztsystem und Arztrecht in der Sozialversicherung, DAeBl. Nr. 23, 1938.
6. Grote: Arzttum und Reichsversicherung. Ztschr.: Die Ortskrankenkasse Ausg. A, 23. Jahrg., Nr. 1.
7. Haedenkamp: Die Neuordnung der Deutschen Sozialversicherung. München 1937.
8. Hartrath: Der Vertrauensarzt in der Krankenversicherung und seine Anstellungsbedingungen. DAeBl. Nr. 11, 1938.
9. Ickert-Weicksel: Soziale Versicherungsmedizin, Leipzig 1932.
10. Joanitescu, Dimitrie: Das Problem der modernen Sozialversicherung. Diss. Bukarest 1937.
11. Lang, Laurenz Johannes: Der Arzt in der öffentlich rechtlichen Krankenversicherung. Diss. Köln 1934.
12. Leutsch: Durchgangsarztsystem u. freipraktizierende Aerzte. DAeBl. Nr. 44, 1938.
13. Liertz-Paffrath: Handbuch des Aerzterechts. Düsseldorf 1938.
14. Mueller-Walcher: Gerichtliche und soziale Medizin. München 1938.
15. Peter: Arzt und Lebensversicherung. Diss. Münster 1936.
16. Richter, Lutz: Grundriß der Reichsversicherung. Stuttgart 1935.
17. Richter, Lutz: Die Bedeutung der Sozialversicherung im deutschen Volkskörper. Ztschr.: Die Ortskrankenkasse, Ausg. A, 23. Jahrg. Nr. 1.
18. Sandberger, Martin: Die Sozialversicherung im neuen Staat. Diss. Tübingen 1934.
19. Scherler: Ein Querschnitt durch die deutsche Sozialversicherung. Berlin 1937.
20. Scherler: Der Jungarzt als Kassenarzt und kassenärztlicher Vertreter. Ztschr.: Der Jungarzt, Heft (2, 4, 5), 5. Jahrg. (1937/38).
21. Schmidt, Erich: Die Neugestaltung der Sozialversicherung im nat.-soz. Deutschland. Diss. Jena 1936.
22. Storck: Die Invalidenversicherung. Ztschr.: Die Ortskrankenkasse, Ausg. A, 23. Jahrg., Nr. 1.
23. Tornau: Die Entwicklung des kassenärztlichen Rechtes. Ztschr.: Der Jungarzt, Heft (6, 9, 10), 1938 u. 6. Jahrg., Heft 1.
24. Weicksel: Kompendium der Soz.-Versicherungsmedizin, Leipzig 1938.
25. Wischer: Die Sozialversicherung im nationalsozialistischen Deutschland. Berlin 1938.
26. Schumann-Brucker: Sozialpolitik im neuen Staat. Berlin 1934.
27. Moldenhauer: Art. Sozialversicherung. Handwörterbuch der Staatswissenschaften. 4. Aufl. 1929. Jena. Ergänzungsband.

Lebenslauf

Am 8. September 1912 wurde ich zu Euskirchen (Reg.-Bez. Köln) als Sohn des Oberregierungsrats Franz Busenbender und seiner Ehefrau Ida geb. Klostermann geboren. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule besuchte ich die Gymnasien Euskirchen, Bonn und Oberlahnstein, wo ich am 8. März 1934 meine Reifeprüfung bestand. Im S. S. 1934 war ich im Reichsarbeitsdienst. Anschließend studierte ich Medizin in Bonn und Greifswald, wo ich am 24. 2. 1937 mein Physikum bestand. Meinen klinischen Studien oblag ich in München, Frankfurt und Marburg, wo ich seit S. S. 1938 immatrikuliert bin. Meiner militärischen Dienstpflicht genügte ich in den Ferien.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Bonn: Ebbecke, Fitting, Grebe, Pfeiffer, Reichensperger, Schütz, Sobotta, Stöhr, Wagenseil.

in Greifswald: Dragendorff, Hirt, Hoppe-Seyler, Steinhausen.

in München: Borst, Jäger, Stepp.

in Frankfurt-M.: Ehrhardt, Griebel, Rüster, Schmieden.

in Marburg: Baumann, Becher, Förster, Gremels, Grüter, Kehrer, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Pfannenstiel, Ruete, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé, Wiskott.